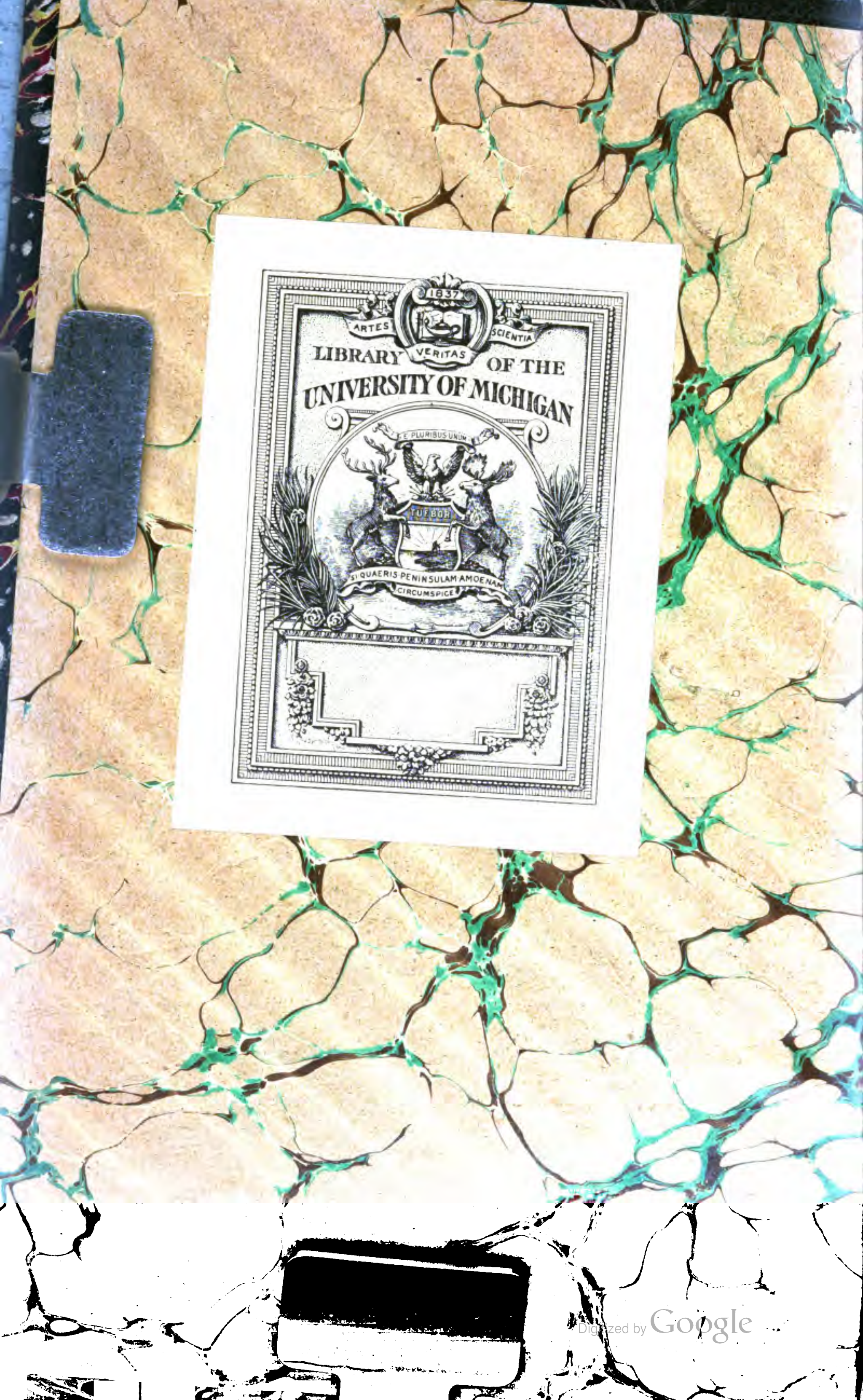
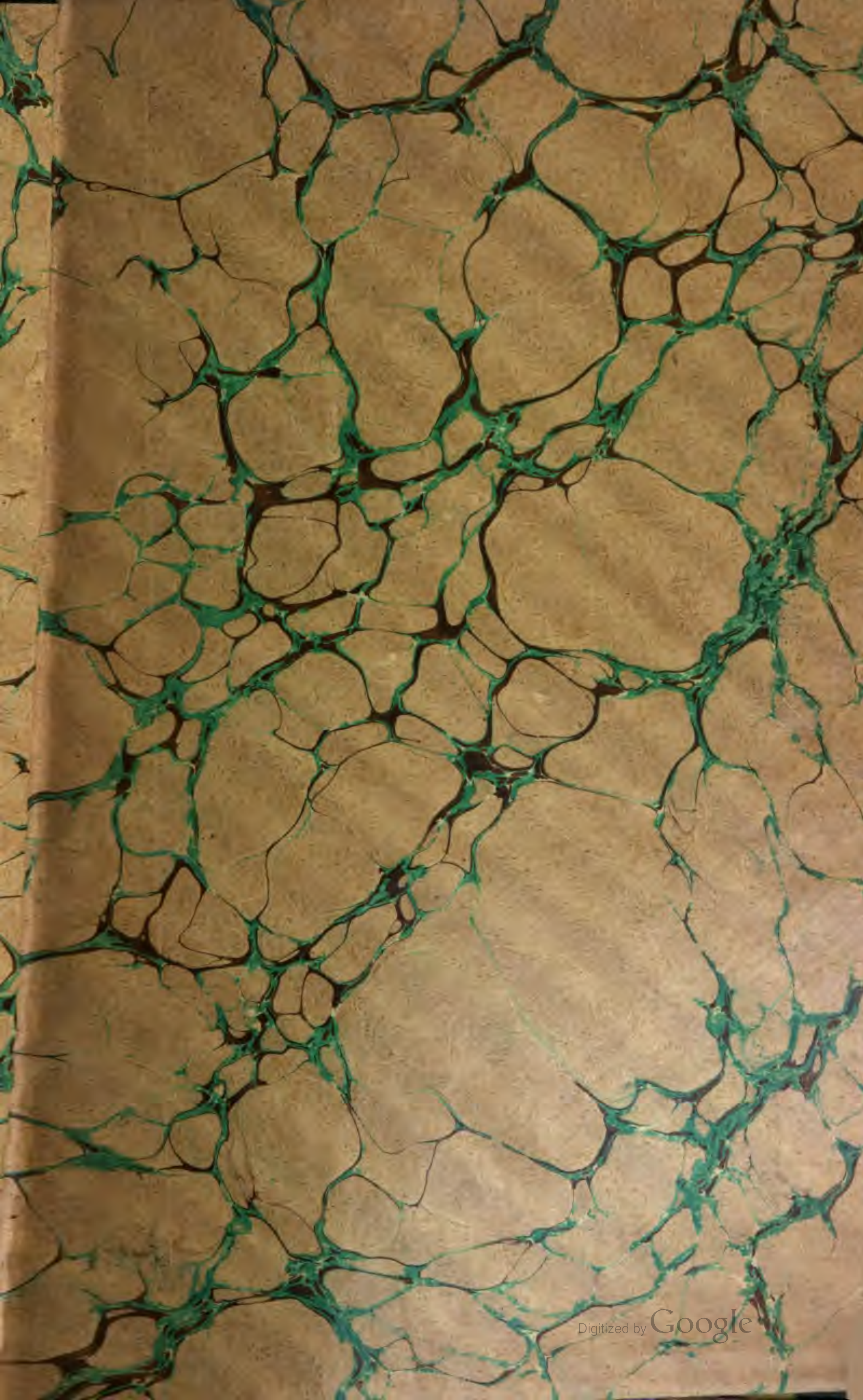

B 3 9015 00207 788 4
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES
CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES
SUR
L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE
ET
L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1887

PAR

BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

SOLLIER, PILLIET, RAOULT
INTERNES DU SERVICE

ET

Le Dr BRICON
CONSERVATEUR DU MUSÉE

Volume VIII avec 27 figures dans le texte.

PARIS

Aux Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14

E. LECROSNIER et BABE
LIBRAIRES-ÉDITEURS
Place de l'École-de-Médecine

1888

PREMIÈRE PARTIE

Historique. — Statistique.
La nouvelle section.

BOURNEVILLE, 1887.

PREMIÈRE PARTIE.

Histoire du service pendant l'année 1887. Le pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses de la nouvelle section.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

A la date du 1er février 1887, nous avons quitté la section des épileptiques adultes et dans le précédent Compte-rendu, nous avons indiqué ce qu'ils avaient présenté d'intéressant. Nous n'avons donc qu'à nous occuper de la section des enfants. Nous rappellerons qu'ils sont divisés en trois groupes : 1° les *enfants idiots, gâteux, épileptiques ou non*, mais INVALIDES; — 2° les *enfants idiots*, *gâteux ou non gâteux*, *épileptiques ou non*, mais VALIDES; — 3° les *enfants propres*, *valides*, *imbéciles*, *arriérés*, *épileptiques et hystériques ou non*.

I. *Enfants idiots*, *gâteux*, *épileptiques ou non*, mais INVALIDES.—Ils se subdivisent en deux catégories : la première est composée d'enfants gâteux invalides, dont la plupart sont susceptibles d'amélioration; l'autre, d'enfants tout à fait incurables ou d'enfants atteints d'épilepsie ou de méningo-encéphalite, devenus gâteux sous l'influence des accès ou des poussées congestives.

Ces derniers ne peuvent plus être que l'objet de soins hygiéniques. Les premiers sont exercés à se tenir sur les jambes à l'aide des *barres parallèles* (*Fig.* 1), à marcher, soit en les tenant sous les bras ou à la main, soit au *charriot*. On essaie de les *rendre propres* en les plaçant, à des heures régulières sur les sièges d'aisances et de leur apprendre à se servir de leurs mains pour manger. Nous avons essayé de guérir la *bave* qu'on

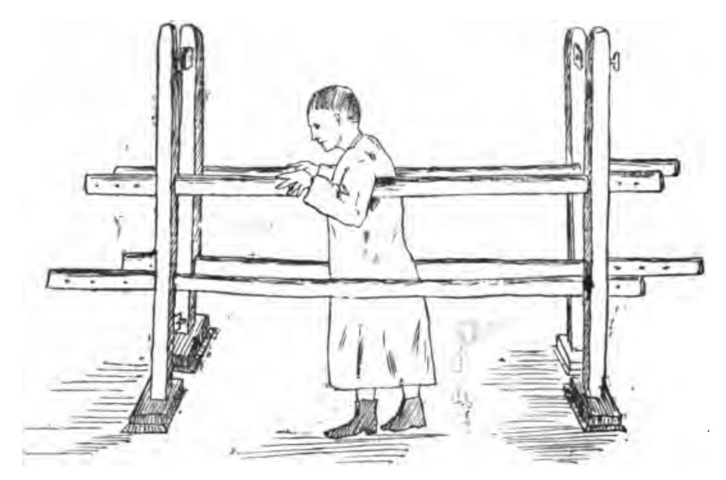


Fig. 1. — *Barres parallèles.* — Elles peuvent être relevées ou abaissées suivant la taille des enfants, rapprochées ou écartées suivant la largeur du corps.

observe chez un grand nombre d'entre eux, en leur faisant tenir entre les lèvres des petits bâtons de diamètre variable, afin d'exciter la contractilité du muscle orbiculaire des lèvres. Au 31 décembre 1887, il y avait dans ce groupe 13 enfants ne marchant pas du tout et 7 enfants commençant à marcher avec le secours d'un aide. Dès que ces enfants marchent seuls, ils sont envoyés à la petite école.

En dehors des instants trop courts durant lesquels ils sont exercés à marcher, ces enfants restent assis sur de *petits fauteuils* percés d'un large trou au-dessous duquel

est placé un vase en faïence que l'on fait glisser dans une rainure. Ces fauteuils sont revêtus d'un coussin circulaire (*Fig.* 2 et 3).

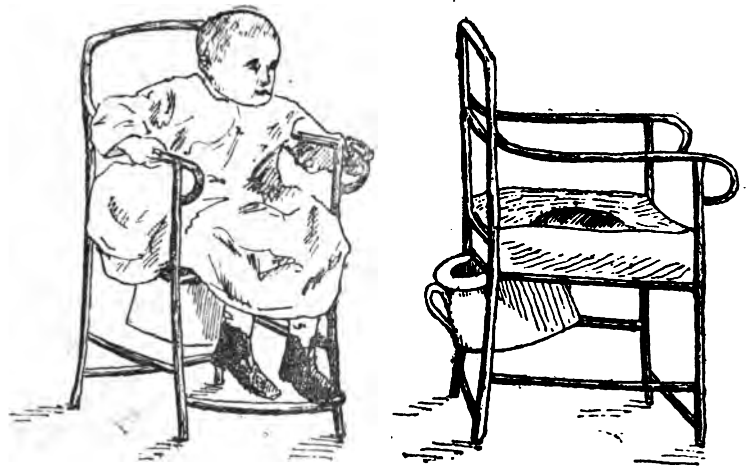


Fig. 2 et 3. — *Fauteuil de gâteux.*

II. *Enfants idiots, gâteux ou non, épileptiques ou non, valides.*— Ces enfants fréquentent la *petite école*



Fig. 4. — *Escabeau* servant à apprendre aux enfants à *monter les escaliers* et à *sauter*.

confiée exclusivement à des femmes. 179 y ont été inscrits dans l'année. Sur ce nombre, 11 sont décédés;

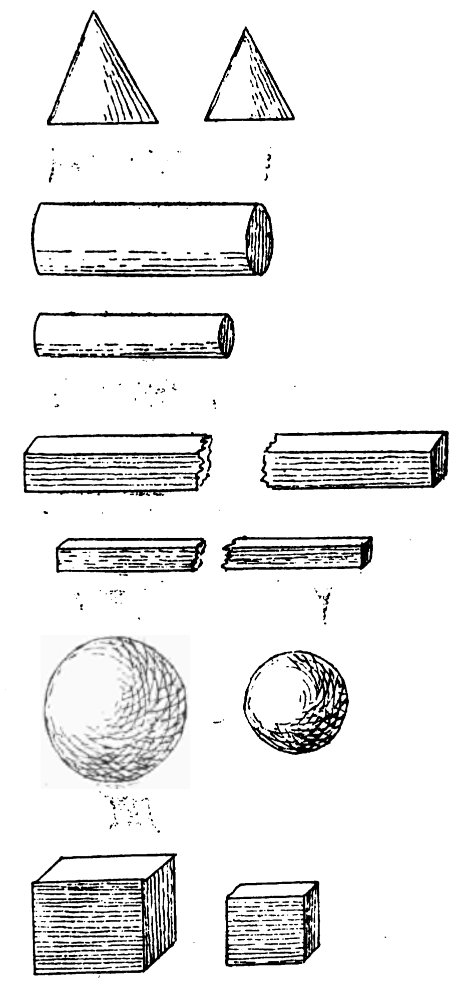


Fig. 5. — Ces *solides* ont pour but d'apprendre aux enfants : en premier lieu, à reconnaître les cônes, cylindres, pyramides, sphères, etc. Il y a trois spécimens de chaque solide. En second lieu, on apprend aux enfants à distinguer les différences de volume des cônes, cylindres, etc. (le plus gros, le plus petit, le moyen).

4 sont sortis définitivement ; 2 ont été transférés. Tous les enfants sont exercés à la *petite gymnastique* (système Pichery) ; 136 exécutent les mouvements plus ou moins bien ; 14 prennent part en outre aux exercices de la grande gymnastique ; 28 se servent de la cuiller seulement ; 69 de la cuiller et de la fourchette ; 55 se servent de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 5 enfants gâteux sont devenus propres (1), grâce au procédé employé qui consiste à les placer sur les siéges d'aisances que nous avons décrits (2), à des heures régulières : au lever, au coucher, après chaque repas ; 27 enfants de la petite école vont aux ateliers une demi-heure par jour (menuisier, 1 ; cordonniers, 3 ; rempailleurs, 2 ; vanniers, 4 ; tailleurs, 17). Les *leçons de choses*, les promenades avec interrogations, l'*éducation des sens* et en premier lieu du sens du toucher, forment la base de l'enseignement. Nous avons donné dans les précédents Comptes rendus des renseignements détaillés sur

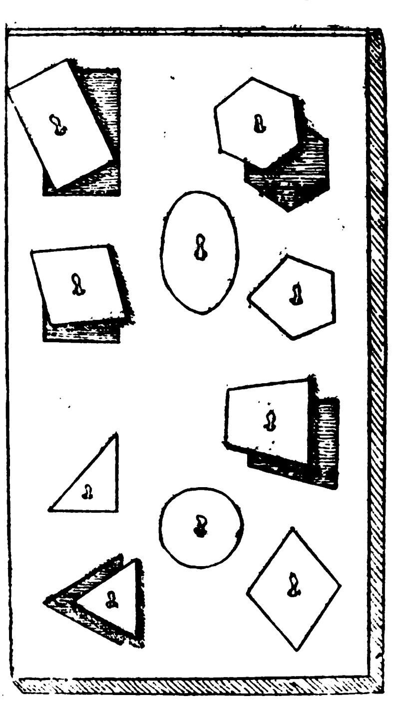


Fig. 6. — Tableau dans lequel sont sculptés des creux figurant un carré, un rectangle, un losange, etc. L'enfant applique des *figures mobiles* sur les *figures en creux*.

(1) Duna..., Whal ..., Charet... Pigeo .. et Gauti...
(2) Voir *Compte rendu pour l'année* 1880, p. XXI ; — 1885, p. XXXVI.

le matériel scolaire de l'école et nous n'y reviendrons plus aujourd'hui. Les (*Fig.* 4, 5 et 6) complètent sur quelques points les explications que nous avons données.

III. *Enfants propres et valides, imbéciles arriérés, instables, épileptiques et hystériques ou non. Grande école.* — La population de cette école était le 1er janvier 1887, de 150, et le 31 décembre, de 147. Le personnel enseignant est resté le même ; M. Boutillier, en témoignage de ses bons services a reçu une mention honorable de la Préfecture de la Seine. A notre arrivée dans le service, deux vieillards étaient chargés de donner des leçons de danse et des leçons d'escrime. Sans avoir un grand enthousiasme pour cet enseignement, nous avons cru devoir le conserver. L'ancien maître d'armes étant mort le 17 septembre 1886, il a été remplacé le 1er février 1887 par un sous-officier du fort de Bicêtre, M. Crèze. Nous avons toujours le regret de ne pas avoir un personnel enseignant plus complet et de bons garçons de classe qui devraient être des auxiliaires intelligents et dévoués des instituteurs. Aussi, devons-nous maintenir les réclamations que nous avons faites l'an dernier (p. VII). L'augmentation de la population rend de plus en plus nécessaire la nomination d'un troisième instituteur et d'un maître jardinier.

L'enseignement a toujours pour base les *leçons de choses*, soit à la classe même, soit dans les *jardins* de la section, soit dans le *champ des céréales* et des *plantes fourragères*, ou dans le *petit bois* qui a été prolongé derrière l'infirmerie. Nous avons fait niveler et labourer le terrain où doivent être élevés les quatre derniers pavillons, et nous y avons fait semer par bandes : du seigle, du blé, du maïs, de l'orge, de l'escourgeon, de l'avoine, de la luzerne, du sainfoin, de la vesce, du pavot, de l'œillette, du lin, du chanvre, du millet, du sarazin, etc... Les enfants y sont conduits par

séries, assistent aux différentes opérations du labourage, des semailles et de la récolte : maîtres et maîtresses leur donnent des explications et leur posent des questions sur tout ce qui se fait devant eux.

La *matériel scolaire* comprend la plupart des objets employés à la petite école, et ceux qui sont d'un usage ordinaire. Nous avons essayé la *méthode phono-mimique* de M. Grosselin, pour l'enseignement de la lecture. Des consoles ont été placées dans les angles de chaque classe pour recevoir des plantes et des arbustes, ainsi que cela existait depuis 1881 dans la petite école.

Promenades et distractions. — Les enfants de la grande école et ceux de la petite école qui sont propres ont continué à faire sous la conduite de leurs maîtres et de leurs maîtresses de nombreuses promenades, soit dans les environs de l'hospice ou à Paris même : nous mentionnerons seulement les promenades multiples au Jardin des Plantes, au Luxembourg, au Palais de l'Industrie, aux fêtes des environs, à la foire de la place de la Nation, au parc de Montsouris, à l'expositon des Arts décoratifs, au Jardin d'Acclimatation, etc. (1). Les maîtres et les maîtresses en profitent pour l'enseignement des enfants. Jamais, et nous tenons à le répéter, ces promenades, même dans des lieux très fréquentés, n'ont donné lieu à des accidents capables d'attirer sérieusement l'attention et de troubler la tranquillité publique.

Mentionnons enfin les *distractions* diverses, communes à tous les enfants valides : distribution de jouets (1er janvier), de beignets et de gâteaux ; les déguisements du Mardi-Gras ; les séances de lanterne magique,

(1) Nous devons remercier M. I. Geoffroy Saint-Hilaire, directeur du Jardin d'Acclimatation et notre ami M. le Dr Yves Menard, sous-directeur, de l'obligeance qu'ils mettent chaque année à nous donner des cartes pour les enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. Nous devons également des remercîments à M. A. Proust qui nous donne tous les ans l'autorisation de faire visiter aux enfants l'exposition des Arts décoratifs.

de projections et de prestidigitation dans le gymnase, le concert des frères Lionnet; la distribution des prix; ajoutons enfin que 29 enfants ont pris part au Concours de gymnastique à Saint-Mandé.

Visites, permissions de sortie, congés. — Les enfants ont reçu 7.916 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 10.745. Voici maintenant la statistique des *permissions de sortie* et *des congés* :

Permissions de sortie :	1 jour	108
— —	2 jours	98
Congés :	3 jours	82
—	4 jours	70
—	5 jours	55
—	8 jours	314
—	15 jours	3
—	30 jours	4
Total		734

Jamais il n'est résulté d'inconvénients sérieux ni des permissions de sortie, ni des congés. Ils contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants et comme ceux-ci y tiennent beaucoup, la crainte de ne pas en profiter contribue à maintenir la discipline. Ajoutés aux promenades et aux distractions, répéterons-nous, ils rendent le séjour de l'asile plus supportable aux malades et rapprochent, autant que possible, notre section d'un *hôpital* ou d'un *pensionnat ordinaire.*

Vaccinations et *revaccinations.* — Elles ont été au nombre de 84 dont 67 enfants, 12 infirmières et 5 infirmiers. Elles ont été faites sous notre direction et celle de nos internes par les élèves de l'Ecole d'infirmières. « Cette pratique, dirons-nous encore une fois, devrait être adoptée dans tous les services hospitaliers. »

Service dentaire. — Notre ami le D[r] Cruet, ancien interne des hôpitaux, continue ses visites bi-mensuelles

aux enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. Les résultats obtenus, grâce à son zèle et à son savoir, justifient pleinement la création de ce service.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré de Yvon et du bromure de camphre du Dr Clin ont fait la base du traitement pendant l'année.

Bains simples	9.269
— salés	7.753
— sulfureux	132
— d'amidon	1.377
— alcalins	424
— de son	111
Total	19.066
Bains de pieds	7.626
Douches	32.284

Améliorations diverses. — Ainsi que nous l'avons dit plus haut, le *bois* a été complété et prolongé derrière l'infirmerie. Les chambres particulières des infirmières ont été pourvues de 20 tables de toilette. Les gobelets, les cuillers et les fourchettes qui étaient uniformes ont été modifiés suivant l'âge des enfants. Nous avons réclamé la construction d'une tonnelle dans la cour des gâteux, des brosses en quantité suffisante pour les habits ; de nouvelles brouettes de dimensions variables, l'aménagement d'un sous-sol pour le *cirage des souliers* qui se fait malheureusement et non sans inconvénients dans le gymnase. Nous profiterons aussi de la construction du dernier pavillon de dortoirs, qui se trouvera en prolongement de la grande école, pour demander la création d'un *musée scolaire* et d'une *petite bibliothèque pour les enfants*.

Visites du service. — En 1887, la nouvelle section a été visitée par MM. le Dr J.-M. Alvaro ; — Dr Apostolidès ; — Dr Armitage, de Cambridge ; — Dr J. Attman

Pauwel ; — Dr Oscar Bloch, de Copenhague ; — Bureau, professeur au muséum d'histoire naturelle ; — Dr Carrier, de Lyon ; — Dr Catsaras, professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Athènes ; — Dr A. Clopat ; — Dr Collard, de Liège ; — La Commission du Conseil général de la Seine, composée de MM. Baulard, Cusset, Levraud, Paillot, Petrot et Rousselle ; — La Commission de surveillance, M. le Préfet et le M. directeur général de l'Assistance publique ; — Dr Christian, médecin de Charenton ; — Dr Ed. Estrées, de Bruxelles ; — M. Dingeon, architecte ; — Dr Doutrebente, médecin directeur de l'Asile de Blois ; — Dr Drouineau, de la Rochelle ; — Dr Dubois, conseiller municipal de Paris ; — Dr du Mesnil ; — M. Durranc, rédacteur au journal *La Justice* ; — le Dr Eperon, de Lausanne ; — le Dr Evrard, d'Epernay ; — M. Fallières, ministre de l'Intérieur ; — le Dr W. Fliess ; — M. Foubert, inspecteur des Ecoles primaires de la Seine ; — le Dr Gambier, de Bordeaux ; — M. Guen, membre du Conseil de surveillance des asiles de la Force ; — le Dr Gildo Passerini, de Turin ; — Dr Glorieux ; — Dr Hawey Littelejohn ; — Dr Hjalmer Neiglick ; — M. Hoschain, économe de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye ; — M. Issaurat, professeur ; — M. Jacques, président du Conseil général de la Seine ; — Mlle Klumpke ; — Dr Laboubée ; — le Dr Lallier, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; — le Dr Lange, de Copenhague ; — M. Leclère, chef du bureau des aliénés à la Préfecture de la Seine ; — le Dr P. Legendre ; — le Dr Legroux ; — le Dr Lemoine, médecin-adjoint à l'asile d'Armentières ; — M. Louvard, chef de bureau à la Préfecture de la Seine ; — le Dr A. Lubimoff, de Moscou ; — le Dr Lupianez, de Séville ; — Dr Mabille, médecin-directeur de l'asile de Lafont ; — le Dr P. Marie ; — MM. Mathé frères, députés ; — le Dr Maunoury, de Chartres ; — le Dr Mercier ; — le Dr A. Meunier ; — le Dr Michel ; — M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur ; — le

Dr Jaudi (île de Malte); — le Dr Negel, de Jassi; — M. Périnelle, ancien conseiller municipal, rédacteur au *Mot d'Ordre*; — le Dr Peterson Hudson, médecin de *River State Hospital for the Insane*. — M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique de Paris; — le Dr N.-G. Philis: — le professeur Pitres; — M. Poisson, aide-naturaliste au Muséum ; — le Dr Raffegeau ; — M. Rendu, rédacteur à la *Petite République française*; — le Dr Reulos; — M. Rissler, maire du VIIe arrondissement, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique; — le Dr Ch. Roy ; — Le Dr R. Sanndby ; — le Dr Schweich ; — le Dr Sevestre; — le Dr Schumann Leclerq ; — M. Souter, membre du Conseil de surveillance des Asiles de la Force; — Tavernier, rédacteur à la *République française*; — M. Thullier, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; — le Dr Thijssen ; — le Dr Tufferi, d'Athènes ; — le Dr Veralda, directeur de l'asile de Valdiri; — le Dr Wulgren ; — le Dr P. Winge (de Christiania) et Mlle S. K. Wortz, docteur en médecine et chef de service dans un asile russe. Si nous citons ces visites, c'est parce qu'elles montrent que l'on commence à s'intéresser d'une manière sérieuse de l'assistance et de l'éducation des enfants idiots et arriérés.

Maladies épidémiques. — A peine le pavillon d'isolement était-il terminé, qu'il nous a rendu des services pour nos enfants atteints de maladies contagieuses. Nous avons eu deux cas de varioloïde en mars, et deux en juin. A la fin du mois de mars, s'est produit un premier cas de rougeole, qui a été le point de départ d'une véritable épidémie : treize cas en avril ; onze cas en mai; trois en juin; six décès (voir le tableau, p. XX). — En septembre, quatre enfants ont été atteints de scarlatine, tous ont guéri ; — En août, nous avons eu un cas de fièvre typhoïde.

Musée pathologique. — Le Musée, placé sous la direction de notre ami le Dr P. BRICON, s'est enrichi de nombreuses pièces, ainsi que le montre le tableau comparatif suivant :

	1885	1886	1887
	—	—	—
Bustes et plâtres	100	136	161
Plâtres divers	18	24	24
Squelettes entiers de la tête	17	22	25
Calottes crâniennes	100	123	156
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (adultes et enfants)	101	129	162

Notons encore des squelettes entiers, des os et des pièces anatomiques diverses, quelques cerveaux d'animaux et sept fœtus de différents âges. Le 7 février, M. Gragnon, préfet de police, nous a autorisé à prendre au fur et à mesure qu'ils sont exhumés, c'est-à-dire cinq ans après la mort, pour les placer dans le Musée anatomo-pathologique de Bicêtre, les crânes des épileptiques et des idiots décédés dans notre service. C'est grâce à cette bienveillante autorisation que le Musée s'est notablement enrichi dans le cours de 1887.

Nous avons continué à faire prendre la *photographie* de nos malades à l'entrée d'abord, puis à des époques indéterminées, lorsqu'il survient des modifications importantes en bien ou en mal. Quand un malade meurt toutes ses photographies sont déposées au Musée, et comme nous faisons réunir en volumes, à la fin de chaque année, toutes les observations des malades *décédés*, il s'ensuit que toutes les pièces pathologiques, bustes, crânes, etc., ont leur histoire complète et peuvent servir à des recherches sérieuses ; elles ne sont pas là simplement à titre d'objets curieux. Nous rappellerons enfin que les *photographies* des cerveaux forment aujourd'hui quatre volumineux *Albums* (1).

(1) Nous profitons de l'occasion pour remercier nos collaborateurs, MM. Hubert et Hurel qui apportent le plus grand zèle à l'exécution des photographies et des moulages.

Bien que suffisante pour le moment, répéterons-nous, l'installation du Musée devra être transformée ultérieurement. Il faudra en profiter pour organiser un service scientifique convenable à l'hospice de Bicêtre. A cet égard, nous ne pouvons que reproduire ce que nous disions en 1885 : « Nous pensons qu'il conviendrait de choisir un emplacement peu éloigné de l'infirmerie générale et de la division des aliénés, et d'y construire le *service des morts et des autopsies*, le *musée*, les *laboratoires*, l'*atelier de photographie et de moulage*. Cet emplacement existe... »

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Durant toute l'année 1887, cet enseignement a été dirigé par MM. Leroy, pour la *menuiserie* ; — Alène, pour la *couture* ; — Bénard, pour la *serrurerie*. — Nous avons eu le regret de perdre, le 3 avril, M. Marchal, chargé de l'atelier de *vannerie* et de *rempaillage de chaises*. Durant sa maladie, il a été remplacé par un administré, M. Capey, et le 12 avril par M. Baudey. D'une façon générale nous n'avons eu qu'à nous louer de leur concours : le tableau suivant met d'ailleurs en évidence les résultats obtenus.

ATELIERS.	DATE de l'ouverture.	NOMBRE Des appprentis.		VALEUR de la main-d'œuvre	
		Janvier.	Décembre		
Menuiserie	26 août 1883.	34	31	6.088 fr.	50
Cordonnerie . . .	8 octobre 1883	36	34	2.421	60
Couture	8 octobre 1883.	50	58	3.191	10
Serrurerie	16 janvier 1884.	19	15	4.199	»
Vannerie.	20 octobre 1884	12	10	2.104	»
Rempaillage . . .	20 octobre 1884	12	13	103	20
	6 janvier 1885.	163	161	18.107 fr.	40

Les cinq maîtres sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit une dépense annuelle de 11.862 fr. 50. Cette somme déduite du produit du travail des enfants (18.107 fr. 40) donne un excédent de 6.244 fr. 90. En 1885, l'excédent avait été de 4.241 fr. L'année 1886 a donné 1.747 fr. de plus que l'année 1885. L'année 1887 a donné 257 fr. 40 de plus que l'année 1886. L'évaluation du travail des enfants est faite par l'inspecteur du service d'architecture et d'après le tarif de la Ville pour la menuiserie et la serrurerie ; par M. l'économe de l'hospice, d'après les tarifs du Magasin central, pour la couture, la vannerie et le rempaillage de chaises, et d'après le tarif de la Société anonyme pour la cordonnerie.

Ainsi que le montrent ces chiffres, le travail des enfants, non seulement couvre la dépense occasionnée par le salaire de leurs maîtres, mais encore il couvrira bientôt l'intérêt du capital engagé dans la construction des ateliers. C'est là d'ailleurs, à nos yeux, une considération secondaire, il en sera de même aux yeux de toutes les personnes sérieuses qui s'occupent avec un esprit un peu généreux des questions d'assistance. En effet, l'enseignement professionnel rend des services d'un ordre bien autrement supérieur. Il permet de donner à un certain nombre d'enfants un métier qui, à leur sortie, les mettra en mesure de gagner leur vie. Quelques-uns ont déjà quitté l'hospice et sont placés ; d'autres le seront aussitôt que les circonstances le permettront. Il nous aide à donner à un plus grand nombre d'enfants le moyen d'atténuer, dans une proportion variable, les sacrifices que la Société s'impose pour eux. Précisons par un exemple : Nous avons à l'atelier de couture 22 *hémiplégiques*, c'est-à-dire des malheureux condamnés presque certainement à passer toute leur existence à l'hospice. 5 sont déjà de bons tailleurs, la plupart des autres le deviendront. Autrefois, ils ne savaient rien faire ; maintenant, grâce à l'enseignement qu'ils reçoi-

vent, une fois passés aux adultes, s'ils ont encore des accès, ou passés dans les divisions de l'hospice, s'ils n'en ont plus, ils pourront travailler à l'atelier commun de la maison et leur travail compensera en partie, et pendant de longues années, les dépenses de leur entretien, en même temps qu'il leur fournira quelques ressources personnelles.

Nous rappellerons encore que chaque année, l'habillement et la chaussure des enfants sont notablement améliorés et l'amélioration sera encore plus grande quand nous aurons enfin obtenu que le maître tailleur fasse la *coupe* des effets d'habillements et que chaque enfant ait son *trousseau*.

Le tableau suivant fait voir que le nombre des enfants qui profitent de cet enseignement est allé en progressant depuis sept ans.

	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887
Cordonniers	6	4	10	20	25	41	34
Menuisiers	5	12	18	28	26	31	32
Rempailleurs. . . .	1	1	1	»	0	11	12
Serruriers.	2	3	4	10	13	17	13
Tailleurs	3	5	12	21	24	45	58
Tonneliers	2	4	3	3	3	»	»
Vanniers	»	»	»	5	6	8	12
Totaux.	19	29	48	87	97	153	161

Du 1er avril au 31 octobre, le travail commence à 7 heures du matin, continue jusqu'à 11 heures, reprend à une heure et finit à 5 heures. — Du 1er octobre au 31 mars, il commence à 8 heures... et finit à la chute du jour. Trois fois par semaine, il est interrompu de 8 heures et demie à 9 heures et demie du matin par la leçon de gymnastique. — Les enfants sont divisés en

deux séries : une du matin, une du soir et, afin que l'enseignement soit à peu près égal pour tous, tant à l'école qu'à l'atelier, la série d'élèves du matin, dans la première semaine du mois, devient la série du soir durant la seconde semaine.

Les jeunes travailleurs reçoivent tous les samedis des récompenses variant de 10 à 40 centimes et dont ils disposent les jours de promenades. A cet effet, l'Administration a mis chaque semaine une somme de 15 fr. à la disposition des chefs d'atelier (1).

Nous laissons les enfants choisir eux-mêmes autant que possible leur métier. Nous dirigeons de préférence les plus intelligents vers les ateliers de menuiserie et de serrurerie et les plus faibles vers l'atelier de vannerie et le rempaillage. Quant aux hémiplégiques, ils sont naturellement dirigés sur l'atelier de couture. Le plus souvent, quand il s'agit des enfants idiots, les séances d'atelier ne dépassent pas une demi-heure au début. Puis, progressivement, nous augmentons la durée de leur travail manuel.

III.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1887, la section contenait 475 malades ainsi répartis : 150 *adultes épileptiques* (78 aliénés et

---

(1) Dans le courant de l'année, l'atelier de couture a été pourvu d'une machine à coudre et plusieurs enfants savent déjà s'en servir.

72 réputés non aliénés) et 325 *enfants* (épileptiques, hystériques, idiots, arriérés, instables, pervers, etc.).

A partir du 1er février, nous avons cessé d'avoir la direction des épileptiques adultes (3e section) et nous n'avons plus été chargé que du service des enfants (4e section) (1).

Nous ne nous occuperons donc que du mouvement de la population des enfants en 1887 :

Mois.	Entrées.	Décès.	Sorties.	Transferts.
Janvier	1	0	1	1
Février	11	1	1	»
Mars	3	2	8	»
Avril	8	3	2	1
Mai	5	4	»	»
Juin	8	6	3	»
Juillet	5	3	»	»
Août	14	8	5	»
Septembre	5	2	2	»
Octobre	1	»	4	1
Novembre	9	1	9	»
Décembre	19	1	17	»
Totaux	89	31	52	3

Décès. — Les décès ont été au nombre de 31 : Le tableau suivant donne le diagnostic des causes du décès et quelques-unes des particularités présentées par les malades.

(1) Voir dans le *Compte-rendu de l'année* 1886 tous les renseignements relatifs à la séparation des enfants et des adultes (p. XLI-XLVIII).

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Dates du décès.
Gauth.	10 ans.	Idiotie.	9 février.
Paris.	18 ans.	Epilepsie.	6 mars.
Laur..	19 ans.	Epilepsie.	8 —
Min.	10 ans.	Idiotie.	6 avril.
Sol..	6 ans.	Idiotie complète.	15 —
Veislin..	8 ans.	Idiotie complète.	21 —
Ter..	7 ans 1/2.	Idiotie.	5 mai.
Teilliè.	13 ans 1/2.	Imbécillité prononcée.	12 —
Sout.	4 ans 1/2.	Epilepsie hémiplégique infantile droite.	14 —
Wei.	14 ans 1/2.	Idiotie complète.	19 —

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie.	Opposition à l'autopsie. Parole presque nulle. Strabisme. Grincement des dents. Balancement. Bave. Jamais de convulsions.
Gangrène pulmonaire droite.	Pleurésie, hydro-péricarde. Atrophie avec sclérose partielle de l'hémisphère cérébral droit. Corne d'Ammon gauche plus ferme que la droite.
Erysipèle.	Convulsions à 2 ans avec prédominance à gauche. Excitation maniaque. Démence. Broncho-pneumonie du sommet droit. Adhérence de la dure-mère à la calotte. Plagiocéphalie. Epaississement et adhérence de la dure-mère à la calotte. Epaississement et adhérence de la pie-mère. Hémisphère droit plus petit que le gauche, ainsi que le tubercule mamillaire droit. Corne d'Ammon droite dure au toucher, Méningo-encéphalite.
Pneumonie lobaire gauche. (Mort dans un accès).	1res convulsions à 20 mois. Spina ventosa. Rachitisme. Pleurésie et péricardite purulentes. Péritonite. Inégalité de long. et de poids des hémis.
Rougeole et broncho-pneumonie.	Arrière grand-mère maternelle et un cousin épileptiques. — Convulsions à 6 semaines ; accès convulsifs jusqu'à 2 ans. Balancement antéro-posterieur du tronc. Athrepsie. Diarrhée. Adhérences de la dure-mère à la calotte.
Rougeole et broncho-pneumonie.	Bronchite. Coqueluche. Trou de Botal et thymus persistants.
Rougeole et broncho-pneumonie.	Frère imbécile, mort d'une méningite à 7 mois. Conception probable dans l'ivresse. Accouch. à 7 mois. Balancement. Asymétrie crânienne.
Tuberculose intestinale, pulmonaire et ganglionnaire.	Frère arriéré. Accouchement à 7 mois. Traumatisme du front à 3 ans 1/2. Diminution de la parole. Accès de colère.
Rougeole et broncho-pneumonie.	Premières convulsions à 4 mois, limitées d'abord au côté droit. Cécité. Persistance oblique du trou de Botal. Petit foyer caséeux du poumon gauche. Caséification et crétification des ganglions péri-bronchiques. Sclérose des lobes pariétaux et occipit. Inégalité de poids et de long. des hém.
Entérite folliculeuse.	Oncle paternel, faible d'esprit. Mère hystérique. Cousine germaine, aliénée. Naissance avant terme. Cris, accès de colère. Parole et marche nulles. Hypospadias. Balancement antéro-postérieur. Persistance du thymus. Péritonite localisée de la fosse iliaque droite. Adhérences pleurales. Mélanèse et calcification des ganglions péri-bronchiques. Tubercules crétacés. Atrophie du testicule gauche non descendu. Asymétrie crânienne. Aspect fœtal des circonvol. cérébrales.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Dates du décès.
Bio.	9 ans 1/2.	Idiotie. Epilepsie.	1er juin.
Eng.	3 ans 1/2.	Idiotie complète.	3 —
Lob.	9 mois.	Hydrocéphalie.	6 —
Guy.	2 ans.	Idiotie complète.	13 —
L'Ecriv.	3 ans 1/2.	Idiotie complète.	25 —
Georg.	9 ans 1/2.	Idiotie complète.	28 —
Lef	12 ans.	Imbécillité congénitale.	2 juillet.
Boulan..	12 ans.	Epilepsie hémiplégique infantile gauche.	6 —

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Entérite folliculeuse. Broncho-pneumonie.	Convulsions à 2 ans, suivies d'accès quotidiens jusqu'à 3 ans, puis accès sériels mensuels. Affaiblissement progressif physique et intellectuel. Diarrhée. Adhérences de la pie-mère.
Rougeole et broncho-pneumonie.	Mère peu intelligente. Cousine, issue de germaine, épileptique. Premières convulsions à 5 semaines, deuxièmes à 1 an suivies d'autres convulsions. Thymus persistant. *Corps thyroïde* très petit. Inégalité de poids et de longueur des hémisphères.
Rougeole.	Convulsions à 5 mois. Œdème et congestion pulmonaires. Persistance des fontanelles. Ecartement des sutures de la voûte crânienne. Pachyméningite. *Hydrocéphalie* ventriculaire (1.000 grammes de liquide).
Rougeole et broncho-pneumonie.	Premières convulsions à 6 mois. Parole et marche nulles. Gloutonnerie. Persistance des fontanelles. Parésie, côté gauche plus faible que le droit. Grincements de dents. Bave, gâtisme. Persistance oblique du trou de Botal. Plaque d'athérôme dans l'espace sous-aort. Thymus persist. *Glande thyroïde* très petite. Persistance de la font. ant. et de toutes les sutures de la calotte.
Pleurésie purulente gauche.	Conception pendant l'ivresse, n'a jamais été propre, n'a jamais marché seul. Balancements, cris. Indifférence pour tous, ne connaît pas ses parents. Epiploon cystico-colique. Persistance oblique du trou de Botal. Aspect fœtal de l'encéphale.
Variole.	Grand-oncle maternel aliéné. — Premières convulsions à 14 mois limitées à gauche. Affaiblissement paralytique gauche. Parole nulle, gâtisme. Recoquevillement. Bave. Balancement antéro-postérieur. *Thymus* persistant. Atrophie et sclérose du lobe cérébral droit.
Entérite folliculeuse. Abcès du foie.	Convulsions à 2 ans. *Thymus* persistant.
Etat de mal.	Premières convulsions pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. *Hémiplégie* gauche consécutive. Deuxièmes convulsions le lendemain. Hémiplégie droite; paralysie généralisée. Parole nulle. Retour de la motilité dans le côté droit. Hémiplégie incomplète et contracture à gauche. Secousses à gauche. Accès avec période clonique plus prononcée à gauche. Perte des facultés intellectuelles. Gâtisme, salacité, bave. — Méningo-encéphalite. Foyers de ramollissement entre la substance grise et blanche.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Dates du décès.
Leco..	10 ans 1/2.	Idiotie. Hémiplégie gauche.	14 juillet.
Jean.	17 ans.	Méningite.	3 août.
Bress.	10 ans.	Idiotie.	8 —
Guid..	18 ans.	Epilepsie. Démence.	11 —
Chambel	14 ans.	Idiotie.	11 —
Mey.	13 ans.	Idiotie.	18 —
Dur.	4 ans.	Idiotie.	21 —
Courc.	16 ans.	Epilepsie idiopathique.	25 —

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie. Pachyméningite.	Cousin germain idiot. — Méningite à 6 ans avec coma durant 8 jours, précédés d'un traumatisme de la tête. Hémipl. gauche. Arrêt de dévelop. intellect., mauvais instincts. Pyrom. Kleptom.
Méningite.	Frère imbécile. Tante paternelle hystérique. Parole nulle marche à 18 mois, gâtisme. Convulsions dès la naissance. Accès de rage. Balancement. Salacité. Onanisme.
Entérite folliculeuse.	Vertiges à 5 mois. Marche à 11 mois. Mouvements désordonnés dès cette époque. Langage réduit à quelques mots. Diminution progressive des vertiges. — Cerveau d'aspect fœtal.
Excitation maniaque.	Marche à 13 mois. Parole tardive. Premier accès à 12 ans à la suite d'une peur occasionnée par une chute dans la Seine. Accès fréquents. Affaiblissement des facultés intellectuelles. Onanisme. Démence. Excitation maniaque. Congestion pulmonaire. Ecchymoses ponctuées. Hyperémie de la pie-mère, légèrement épaissie.
Méningo-encéphal. avec affaiblissement progressif.	Grand-mère maternelle, hystéro-épileptique. Oncle maternel : alcoolique et épileptique. Convulsions répétées à 15 jours, puis dans les trois mois. Marche et parole à 4 ans. Propre à 4 ans. Nouvelles convulsions à 4 et 5 ans. Prognatisme. *Phimosis* ; stomatite ulcèro-membraneuse. Tuberculose intestinale. *Trou de Botal* persistant.
Tuberculose pulmon.	Accès de colère. Laryngite. Ganglions cervicaux et axillaires très hypertrophiés. Diarrhée. Amaigrissement considérable. — Tuberculose ganglionnaire généralisée. Persistance oblique du *trou de Botal*. Tuberculose intestinale, de la rate, des capsules surrénales, des reins, du foie. —Testicules infantiles. Absence partielle de la faux de la dure-mère. Dilatation des ventricules latéraux. Adhérences des deux hémisphères cérébraux dans leurs deux tiers antérieurs.
Entérite folliculeuse. Abcès du foie.	Tante maternelle imbécile. Pas de convul.; marche à 29 mois. Pas de dents à 22 mois. Parole nulle. Voracité. Violences. Gâtisme. Persist. oblique du trou de Botal. Atrop. kystiq. des hémisp. cérébr.
Tuberculose pulmon.	Convulsions, puis accès dès la 1re enfance. Vertiges nombreux. Etat de mal vertigineux. Secousses, salacité, démence, pyromanie, clastom. Epiploon cystico-colique. Adhér. pleurales. Rétréciss. mitral. Exostoses crâniennes. Ossific. des sutures. Aspect chagriné des circonv. Méningo-encéphalite. Encéphalite à forme kystiq.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Dates du décès.
Thiba.	19 ans.	Idiotie.	29 août.
Dio..	6 ans.	Idiotie.	3 septemb.
Leroud.	3 ans 1/2.	Idiotie complète.	30 —
Vécl.	16 ans 1/2.	Epilepsie hémiplégique.	2 novemb.
Pint.	4 ans.	Idiotie complète.	6 décemb.

Notons particulièrement la fréquence de la persistance du *thymus* et du *trou de Botal.*

Sorties. — 55 malades sont sortis en 1887. Le tableau suivant indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteints les malades. (Voir p. XXVIII).

Evasions.—Les enfants Leco..., Gran..., et Vien..., Langl... et Ron... se sont évadés en mars, juin et juillet et ont été ramenés le jour même ou 2 ou 3 jours plus tard.

Population au 31 *décembre* 1887. — Le 31 décembre, il restait dans le service 331 enfants, se décomsant ainsi :

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Phthisie pulmonaire.	Mère : hystérique. Parole à 3 ans. Plaies de tête à 5 ans 1/2, depuis mélancolie ; — cessation de la parole. Accès d'agitation et de cris. Courses rapides et longues autour des arbres. Vertiges épileptiques. *Hémiplégie* gauche. Parole réduite à quelques mots. Retour de la parole après l'emploi de l'appareil de Gaiffe. Opposit. à l'autop.
Affaiblissement progres. pachyméningite.	Premières convulsions vers un an. Marche, parole nulles, grincement de dents, gâtisme, *phimosis*. — Inégalité de poids des hémisphères ; méningo-encéphalite par places à forme kystique.
Bronchite.	Père, intelligence peu développée. Frère peu intelligent. Consanguinité. Premières convulsions à 9 mois. Marche à 29 mois. Gâtisme. Parole nulle. Turbulence. Balancement latéral de la tête. Bave. Succion. Onan. (Mort en congé).
Abcès sacro-lombaire.	Conception dans l'ivresse. Etat de mal à 18 mois, convuls. limitées à droite ; hémipl. dr. Aphasie transitoire. Etablissement et amendement de l'hémipl. Début de l'épilepsie à 12 ans, deuxième accès à 13 ans et 3 mois. Limitation des convul. à droite. Arthrites purulentes des articulations du genou et du cou de pied droit. Légère atroph. portant sur la totalité de l'hémisp. cérébral dr.
Marasme.	Marche et parole nulles. Gâtisme. Balanc. latéral. Grincem. de dents. Préhension, etc., nulle. Atr. et sclérose de l'hémisp. céréb. dr. Dilatation des ventricules. Atrophie de l'hémisph. cérébel. dr.

308 idiots, épileptiques, etc., aliénés ;

23 idiots, épileptiques, etc., réputés non aliénés. On sait qu'il s'agit-là d'une division purement administrative.

Personnel du service en 1887. — Le personnel se composait ainsi : 1° pour le *service médical* : d'un interne titulaire, M. Sollier, et d'un interne provisoire, M. Raoult ; de M. le Dr Bricon, conservateur du Musée pathologique de l'hospice, qui nous prête le concours le plus dévoué ; — 2° pour le *service scolaire : a*) *Grande école* : d'un instituteur, M. Boutillier, et d'un instituteur

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Etie.	5 ans 1/2.	Sans.	Imbécillité complète.	Sorti le 25 décembre en congé de huit jours, cet enfant n'a pas été ramené.
Baill.	10 ans.	Sans.	Imbécillité assez prononcée.	Transféré le 20 janvier 1887 à La Charité s. Loire.
Scotti. . . .	14 ans.	Sans.	Epilepsie. Imbécillité assez prononcée.	Devait être transféré, rendu à sa mère. (17 février).
Reco.	12 ans.	Cordonnier.	Epilepsie.	Rendu à sa tante, qui n'a pas voulu le laisser transférer à Maréville (7 mars).
Geym.	15 ans.	Sans.	Idiotie congénitale.	Non rentré de congé. Il a été fait un certificat de réintégration, sans effet (9 mars).
Lev.	14 ans.	Menuisier.	Instabilité mentale.	Part avec sa mère en province (9 mars).
Mic.	11 ans.	Cordonnier.	Epilepsie symptomatique.	Non rentré de congé (14 mars).
Alvat	16 ans.	Menuisier.	Instabilité mentale et perversion des instincts.	Evadé le 15 mars.
Danti.	15 ans.	Menuisier.	Epilepsie. Instabilité mentale et perversion des instincts.	Evadé le 15 mars.
Cor.	17 ans.	Menuisier.	Arriération intellectuelle. Perversion des instincts.	Rendu à sa mère (24 mars).
Via.	18 ans.	Cordonnier.	Instabilité mentale.	Non rentré de congé (26 mars).
Ro.	13 ans.	Cordonnier.	Hystérie.	Rendu à sa mère après un congé de cinq semaines (6 avril).
Mic.	17 ans.	Serrurier.	Epilepsie idiopathique.	Transféré à Alençon (22 avril).
Queno. . . .	10 ans.	Sans.	Instabilité mentale. Perversion des instincts.	Rendu à sa mère, qui a insisté pour le reprendre (26 avril).
Despa. . . .	15 ans.	Vannier.	Epilepsie. Imbécillité.	Rendu à sa mère (11 juin).
Leco.	16 ans.	Serrurier.	Hystérie. Perversion des instincts.	Evadé de la section (17 juin).
Depléc. . . .	14 ans.	Serrurier.	Epilepsie. Imbécillité consécutive.	Non rentré de congé (19 juin).
Peitre. . . .	14 ans.	Vannier.	Imbécillité.	Rendu à sa mère qui doit le placer dans un hôpital à Levallois (8 août).

Via.	18 ans.	Cordonnier.	Instabilité mentale.	Evadé le 7 août.
Lang. . . .	17 ans 1/2.	Menuisier.	Instabilité mentale Epilepsie.	Evadé le 7 août.
Défr. . . .	17 ans.	Menuisier.	Instabilité et débilité mentale. Perversion des instincts.	Rendu à son grand'père qui l'a remis chez son ex-patron photogr. ambulant (11 août).
Lam.	12 ans.	Sans.	Imbécillité.	Non rentré de congé (25 août).
Pete. . . .	21 ans.	Serrurier.	Imbécillité et épilepsie.	Passé aux adultes (1re section) (2 sept.).
Andie. . . .	19 ans 1/2.	Rempailleur.	Imbécillité prononcée.	Passé aux adultes (2e section) (2 sept.).
Leroud. . . .	3 ans.	Sans	Idiotie complète.	Décédé en congé chez ses parents (1er oct.).
Foub.	19 ans.	Cordonnier.	Epilepsie idiopathique.	Passé aux adultes (1re section) (18 oct.).
Mar..	17 ans.	Menuisier.	Epilepsie.	Sa mère veut le faire engager (21 oct.).
Blanch. . . .	4 ans.	Sans.	Idiotie complète.	Transféré en province (29 octobre).
Mau..	18 ans 1/2.	Cordonnier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Passé aux adultes (2e section) (31 octobre).
Kren.	15 ans 1/2.	Menuisier.	Délire mélancolique.	Rendu à son frère qui a obtenu pour lui une place de menuisier au chemin de fer du Nord (2 novembre).
Sal.	20 ans.	Menuisier.	Epilepsie. Débilité mentale.	Passé aux adultes (3e section) (2 novembre).
Bonte.	19 ans 1/2.	Cordonnier.	Imbécillité prononcée. Epilepsie idiopathique.	Passé aux adultes (1re section) (7 nov.).
Ygo..	19 ans.	Menuisier.	Instabilité mentale.	Engagé au 3e zouaves (7 novembre).
Miq.	4 ans 1/2.	Sans.	Idiotie moyenne.	Rendu à son frère qui doit l'envoyer dans la famille de sa mère (11 novembre).
St.	12 ans.	Sans.	Imbécillité. Perversion des instincts.	Non rentré de congé (15 novembre).
Hir.	18 ans	Menuisier.	Hystéro-épilepsie.	Non rentré de congé (22 novembre).
Hal	16 ans.	Cordonnier.	Epilepsie.	Rendu à sa mère (27 novemkre).
Geor.	19 ans.	Menuisier.	Epilepsie.	Passé aux adultes (1re section) (30 nov.).
Deso.	21 ans.	Menuisier.	Imbécillité.	Placé à l'essai pendant 3 sem. chez un menuisier qui a bien voulu le garder (1er déc.).
Len.	14 ans.	Cordonnier.	Imbécillité.	Rendu à sa mère (1er décembre).
Goy	18 ans.	Cordonnier.	Imbécillité légère. Epilepsie procursive.	Passé aux adultes (3e section) (2 déc.).
Langl	18 ans.	Menuisier.	Instabilité mentale. Epilepsie.	Passé aux adultes (1re section). (3 déc.).

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Man..	19 ans.	Néant.	Epilepsie. Démence consécutive.	Passé aux adultes (1re section) (3 déc.).
Bern.	20 ans.	Menuisier.	Imbécillité. Epilepsie.	Passé aux adultes (1re section) (3 déc.).
Leb.	19 ans.	Néant.	Epilepsie. Déchéance intellectuelle consécutive.	Passé aux adultes (1re section) (3 déc.).
Leb..	19 ans.	Cordonnier.	Epilepsie.	Passé aux adultes (1re section) (3 déc.).
Mo...	22 ans.	Tailleur.	Imbécillité.	Passé aux adultes (2e section) (3 déc.).
Dettvil.	20 ans.	Vannier.	Imbécillité. Perversion des instincts.	Passé aux adultes (2e section) (3 déc.).
Coc..	19 ans.	Tailleur.	Imbécillité. Clastomanie.	Passé aux adultes (2e section) (3 déc.).
Dup..	23 ans.	Serrurier.	Imbécillité prononcée.	Passé aux adultes (2e section) (4 déc.).
Wil..	12 ans 1/2.	Serrurier.	Imbécillité.	Devait rentrer de congé le 12 décembre. Le 13, lettre de sa mère qui annonce son départ pour l'Amérique avec son mari. et son fils qu'elle ne veut pas laisser seul en France (17 déc.).
Chand..	18 ans 1/2.	Serrurier.	Epilepsie.	Passé aux adultes (1re section) (21 déc.).
Mar..	19 ans.	Tailleur.	Imbécillité prononcée.	Passé aux adultes (2e section) (21 déc.).
Para.	17 ans.	Cordonnier.	Epilepsie idiopathique.	Rendu à sa famille. Continue son métier de cordonnier (24 déc.).
Vinc.	16 ans.	Menuisier.	Epilepsie idiopathique.	Rendu à sa famille. Travaille avec son père comme menuisier ébéniste (24 déc.).

adjoint, M. Boyer, aidé d'un professeur de chant, M. Peny, d'un professeur de gymnastique, M. Goy; de trois administrés de l'hospice, faisant fonction de moniteurs et de 4 garçons de classe; — b) *Petite école*: de Mlle Blanche Agnus, surveillante; Mlles Berthe Langlet et A. Bohain, sous-surveillantes, Mlle Feret, suppléante; — 3° pour le *service hospitalier*: de M. Agnus, surveillant, de M. Siégel, sous-surveillant; de Mme Jolliot, sous-surveillante de l'infirmerie et du bâtiment des gâteux invalides; de Mme Bié, suppléante; de 27 infirmiers de jour et de nuit; de 24 infirmières de jour et de nuit; d'un baigneur (suppléant); d'un barbier et d'un portier.

IV.

LA NOUVELLE SECTION. — OUVERTURE DU PAVILLON D'ISOLEMENT POUR LES MALADIES CONTAGIEUSES.

Nous avons donné dans le Compte rendu de 1886 (p. XXXIII-XL) une description détaillée, accompagnée de figures, du pavillon d'isolement. Il a été officiellement ouvert à la fin du mois de mars 1887, et, presque aussitôt, il nous a rendu des services, car nous avons eu plusieurs cas de varioloïde et une petite épidémie de rougeole. Nous y avons mis ensuite douze enfants atteints de la teigne. Comme ces enfants étaient valides, il était nécessaire de les occuper une partie de la journée et de ne pas les laisser séjourner dans leurs salles qu'ils auraient très promptement détériorées. Nous avons fait approprier le sous-sol-rez-de-chaussée (1); nous y avons fait descendre les enfants; là ils prennent leurs repas et on leur fait l'école. Le reste du temps, on les promène dans

---

(1) Ce sous-sol, éclairé par des fenêtres de 1 m. 54 sur 0 m. 99, a une hauteur de 2 m. 75.

les jardins et les cours de l'établissement, en profitant d'ailleurs de cette circonstance pour leur donner des leçons de choses.

Une autre installation a été opérée, celle du *Cabinet médical* et du *magasin d'habillement* dans le sous-sol-rez-de-chaussée du quatrième pavillon de dortoirs.

Telle qu'elle se trouvait, après la construction du pavillon d'isolement, la section était loin d'être complète : il manquait encore le quartier des cellules et quatre pavillons de deux dortoirs chacun, c'est-à-dire pour 160 lits. Ayant été averti que le règlement des comptes des constructions terminées se solderait par un reliquat disponible, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, nous avons essayé de faire achever promptement ce règlement. Mais bientôt, nous avons reconnu qu'il faudrait encore attendre longtemps. C'est alors que nous avons insisté auprès de l'Administration pour qu'elle s'occupât de la continuation de la section. Au commencement de juillet, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, nous a demandé de lui faire connaître les arguments sur lesquels se fondait notre demande. Quelques jours après, nous lui avons adressé la lettre suivante.

Paris, 14 juillet 1887.

Monsieur le Directeur,

Vous avez eu l'obligeance, dont je vous sais infiniment gré, de me faire demander un exposé des raisons qui plaident en faveur de l'érection du *pavillon des cellules* de la section des enfants et de la construction d'un *pavillon à usage de dortoir*. Je vais vous les donner en commençant par les *cellules*.

Vous n'ignorez pas que parmi les enfants, il en est un nombre considérable atteints d'épilepsie, sujets par conséquent à des périodes d'*excitation maniaque* ; — qu'il en est d'autres, en très petit nombre, atteints de *folie*, se présentant sous les mêmes formes que chez l'adulte : mélancolie, manie, etc. Les uns et les autres ont besoin d'être isolés momentanément.

Beaucoup d'autres ont des poussées impulsives sous l'influence desquelles ils sont violents, dangereux, battent et leurs camarades et leurs infirmiers, brisent les carreaux, les

portes, déchirent leurs vêtements. Eux aussi ont besoin d'être isolés durant quelques heures ou quelques jours.

Enfin, il arrive aussi que des enfants se sauvent ou ont commis plus ou moins sciemment un acte répréhensible (onanisme à deux, injures, vol, etc.). En pareil cas, l'isolement est encore nécessaire.

Que fait-on aujourd'hui? que convient-il de faire?

Dans les circonstances que je viens d'énumérer, il faut: 1° recourir à la camisole, puisqu'il n'y a pas de cellules, ce qui est tout à fait déplorable ; — 2° Ou bien emprunter une cellule à l'une des autres sections, ce qui offre des inconvénients nombreux et ne peut se faire que le jour, les cellules étant occupées la nuit par des malades qui, le jour, se promènent dans leur préau ; parfois il n'y a pas de cellule libre ; toujours les infirmiers des cellules sont mécontents d'avoir à répondre de malades étrangers à leur section ; 3° ou bien, enfin, les envoyer à la Sûreté au milieu de malades très dangereux. Dans les deux cas, il y a mélange des enfants avec les adultes, ce qui est contraire à tous les règlements qui régissent les asiles, aux instructions ministérielles, etc. Durant longtemps, j'avais remarqué que quelques enfants acceptaient volontiers d'aller à la Sûreté et que la crainte d'y être envoyé était de moins en moins grande. J'ai fini par apprendre que les malades leur donnaient du tabac, du café, etc. De telle sorte, que l'effet que j'attendais de l'isolement était nul. Bien que ces inconvénients aient diminué, je n'ose pas dire, disparu, il n'en est pas moins regrettable de mettre les enfants dans un tel quartier, confondus avec des aliénés criminels ou avec les aliénés les plus violents, les plus excités, les plus dangereux ; d'où des accidents possibles.

Et puis, les enfants savent que là aussi, il n'y a souvent pas de place libre ; qu'on est obligé de remettre la punition au lendemain et cette circonstance diminue encore la crainte, qui devrait être salutaire, d'aller à la Sûreté.

Tels sont les motifs qui plaident énergiquement à l'appui de la construction rapide du pavillon des cellules. Cette construction d'ailleurs réaliserait complètement le plan tel qu'il a été tracé, en un mot la section serait pourvue de tous ses organes : 1° Services de jour : réfectoires, école, ateliers ; — 2° hôpital proprement dit : infirmerie ; — pavillon d'isolement pour les malades contagieux ; — pavillon de cellules pour les malades agités ou indisciplinés ; — 3° service des gâteux ; — 4° enfin service de nuit, c'est-à-dire *dortoirs*. Il existe actuellement 4 pavillons de chacun 2 dortoirs, comprenant 160 lits. La section, lorsqu'elle sera complète, en aura *huit*. Il reste donc 4

pavillons de dortoirs à construire; leur construction est-elle urgente? Vous allez en juger.

J'ai, aujourd'hui, 330 malades; ce nombre est parfaitement suffisant pour m'occuper, vous n'en doutez pas et *personnellement*, comme chef de service, je puis fonctionner ainsi, sauf une réserve, pendant longtemps. Mais ces 330 malades ne sont pas tous dans la section, 63 sont dans la section des épileptiques adultes (service de M. Féré) et 24 dans deux des ateliers, soit 87 malades, c'est-à-dire plus qu'il n'en faut pour occuper deux pavillons. Or, je voudrais bien avoir les ateliers; j'en ai un besoin urgent aujourd'hui que la population est de 330 enfants. D'un autre côté, la construction de nouveaux pavillons permettrait de débarrasser les dortoirs de la 3e section, de les donner aux épileptiques adultes, ce qui rendrait un grand service au bureau des aliénés.

Donc, pour dégager le service de M. Féré, pour dégager mes ateliers, il faudrait de suite deux pavillons de 2 dortoirs et encore resterait-il 7 malades. Ce n'est pas tout: il y a, à l'heure actuelle, 39 enfants du sexe masculin au Bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne), soit pour eux un 3e pavillon. Il est évident que si l'on connaissait dans la presse la situation abominable du Bureau d'admission, il y aurait un blâme rigoureux et justifié contre l'administration. Si le service des aliénés était sous votre direction, comme cela devrait être, connaissant la situation, sachant la lourde responsabilité qui pèserait sur vous, il y a longtemps que vous auriez fait achever la section des enfants. Ce n'est plus le médecin chef de service qui parle, c'est l'homme soucieux du bien-être des malades, désireux de voir l'Assistance publique de Paris faire son devoir et donner l'exemple du fonctionnement le plus parfait.

Donc, l'achèvement de la section s'impose, si l'on ne consulte que l'intérêt des malades et le fonctionnement régulier du service des aliénés. Reste la possibilité. A vous de voir si vous devez demander le tout ou une partie.

Veuillez agréer, etc.

Le 21 juillet, M. Peyron introduisait au Conseil de surveillance le projet de construction des cellules, d'un pavillon pour 40 lits, et de deux préaux couverts. Ce Conseil nomma une commission qui lut son rapport à la séance du 29 juillet (1). Le jour même, M. Peyron en-

(1) Procès verbal du Conseil de surveillance, 29 juillet, p. 74.

voya le dossier de l'affaire à M. le Préfet de la Seine, qui l'introduisit aussitôt au Conseil municipal dont la session touchait à sa fin. Nous intervinmes immédiatement auprès de nos anciens collègues et amis, pour qu'ils apportassent autant d'empressement à émettre un avis en faveur de la continuation d'un projet émané du Conseil municipal, que le Conseil de surveillance, naguère hostile à ce projet, en avait apporté lui-même. Un règlement d'ordre du jour rendit nos démarches infructueuses.

Dans la discussion sur le budget de l'Assistance publique qui a eu lieu le 27 décembre au Conseil municipal, M. A. Després a jugé utile, à propos de cette intervention, de nous mettre en cause et, suivant son habitude, il s'est lancé dans des accusations absolument fausses. Voici les extraits du procès verbal qui se rapportent à cet incident :

M. Després... Et, Messieurs, le désordre dans l'administration est encore bien plus grand que ne le peuvent supposer la plupart d'entre nous. A la fin de la session de juillet, il s'est passé un fait extrêmement étrange et que je ne puis pas ne pas vous signaler. Il s'agissait, à la dernière séance d'une session, de faire passer une dépense. Une personne étrangère au Conseil vint demander à M. Navarre de rapporter d'urgence un rapport...

M. Strauss. — Je demande la parole sur cet incident. Dites le nom, M. Després. Vous voulez, n'est-ce pas, parler de M. Bourneville? Eh bien, M. Bourneville avait parfaitement le droit de nous proposer la création à laquelle vous faites allusion.

M. Després. — Je continue, Messieurs. Il s'agissait donc de faire ex abrupto un rapport à la tribune. Or, le dossier ne comprenait qu'une pièce, le projet de délibération. Le reste était dans les bureaux de l'Assistance publique. Et alors se passe ce fait extraordinaire, contraire à toutes les formes administratives, et qui vous prouvera combien M. le directeur de l'Assistance publique est un prisonnier. (Exclamations).

M. Navarre, rap^r. — Vous savez fort bien, M. Després, que ce que demandait M. Bourneville n'a pas été réalisé.

M. Strauss. — Je répondrai à M. Després.

M. Després. — Tant que vous voudrez. Je ne cherche que la vérité. Il faut que le Conseil sache comment, sans la rectitude très louable de M. Navarre, une affaire eut été rapportée sans aucun respect des formalités ordinaires.

M. STRAUSS. — C'est là, pour M. Navarre, un compliment compromettant.

M. DESPRÉS. — Donc, le rapport allait être fait au Conseil sans avoir été délibéré par la 8e Commission. C'est alors que, je le répète, M. Navarre s'est montré d'une correction irréprochable. Il a dit : la Commission n'en a pas discuté, je n'ai pas le dossier, je ne rapporterai pas. Que fit M. Bourneville ? Il se rendit à l'Assistance publique, prit le dossier et l'apporta au Conseil, directement. (Bruit).

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.— C'EST INEXACT.

M. DESPRÉS. — Je comprends votre observation. Tout mauvais cas est niable. Quoi qu'il en soit, ce dossier qui était si pressé n'a pas encore été rapporté.

M. PATENNE. — N'apportez à la tribune que des faits sérieux.

M. DESPRÉS. — Je dis que M. le directeur de l'Assistance publique n'est pas libre, il est à la merci d'autres personnes ; et c'est le secret du déficit.

M. JOFFRIN. — Malheureusement, M. Robinet n'est plus, comme vous le prétendiez, directeur de l'Assistance publique.

M. DESPRÉS. — Je n'ai plus qu'un mot à vous dire sur les secours à domicile. (Ah ! Ah !). — J'aurais fini depuis longtemps si je n'avais pas été interrompu si souvent.....

Répondant à M. Després sur le point particulier qui nous intéresse, M. Peyron a rétabli les faits dans les termes suivants :

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — ..... Un autre détail doit être écarté : c'est celui relatif à la continuation des travaux à l'hospice de Bicêtre. Le mémoire a été présenté par le directeur de l'Assistance publique au visa de M. le Préfet de la Seine. M. le Préfet de la Seine l'a introduit au Conseil municipal dans les formes ordinaires et j'affirme qu'il n'a été dérogé en cette affaire à aucune des règles usitées pour l'introduction de cette affaire qui, je l'espère, sera bientôt rapportée, car il y a un progrès urgent à réaliser.

J'aborde la laïcisation.....

Il s'agissait, comme on le voit, du projet relatif à la continuation de la section des enfants à Bicêtre. Ce projet, examiné avec soin par le Conseil de surveillance, a été introduit *régulièrement* le 28 juillet au Conseil municipal, comme nous l'avons dit plus haut. C'est alors aussi que, profitant de nos bonnes relations avec nos anciens collègues et usant d'un droit qui appartient à tous les citoyens, nous avons commis le crime d'aller à l'Hôtel-de-Ville et de demander à nos amis d'insister auprès de M. Navarre, secrétaire de la Commission de l'Assistance publique et remplaçant en quelque sorte le président de la Commission, M. le Dr Robinet, mort trois jours auparavant, non pas pour qu'il fît le rapport sur le

champ, mais pour qu'il le soumit à la Commission et le fit inscrire à l'ordre du jour de la séance du 30 juillet *qui était la dernière*. S'il s'était agi d'une affaire nouvelle, nous nous serions bien gardé d'intervenir, mais il s'agissait de la *continuation d'une affaire votée par le Conseil* et sur laquelle il avait déjà été appelé à voter QUATRE FOIS. Enfin, en notre qualité de membre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, connaissant les graves inconvénients qui résultent de l'encombrement du bureau d'admission de l'Asile clinique par les enfants idiots et arriérés et par suite l'urgence des nouvelles constructions, nous avons cru de notre devoir de hâter la décision. Il est vrai que M. Navarre n'a voulu entendre ni nos raisons ni celles de ses collègues, très au courant de l'affaire et n'ayant aucun doute sur son incontestable urgence. Ce refus de M. Navarre a eu pour conséquence d'empêcher la construction des cellules et d'un pavillon de dortoirs qui serait aujourd'hui à peu près terminée et de maintenir des enfants six mois de plus à l'Asile clinique où ils coûtent près de moitié plus cher qu'à Bicêtre. La discussion du budget des aliénés qui a eu lieu au Conseil général le 28 et le 30 décembre, montre que nous n'exagérions en rien l'urgence des travaux dont il s'agit. Voici comment s'exprime M.A. PÉTROT dans son rapport sur le budget de l'Asile clinique (Ste-Anne) :

L'encombrement du Bureau d'admission provenait alors, comme aujourd'hui d'ailleurs, pour sa plus grande part, de la présence des enfants, dont le nombre augmente chaque année. Ce nombre était, en moyenne, de 30 en 1885 et en 1886 ; la moyenne s'est élevée à 48 dans les quatre premiers mois de 1887. Le 26 mai, au moment où le directeur de l'Asile écrivait son rapport, le service comptait 53 enfants (27 garçons et 26 filles); au mois d'octobre dernier, on a compté jusqu'à 65 enfants.

Bien des fois, le Conseil, la Commission de surveillance, la Direction, le médecin chef du service se sont plaints de ce déplorable état de choses ; cet Asile n'étant nullement disposé pour recevoir des enfants, que l'on est réduit à tenir en trop grand nombre dans de petites pièces qui ne sont nullement appropriées à cet usage. La dangereuse promiscuité de ces pauvres enfants gâteux ou idiots avec des adultes aliénés, sollicités par les plus mauvais instincts, l'absence de dortoirs à laquelle on supplée par des matelas posés à terre dans les salles qui servent dans le jour de salles de réunion ; le manque de personnel, attaché à d'autres services et obligé d'ajouter celui-ci à ses charges normales, tout proteste contre cette situation.....

Mais l'encombrement eut été tolérable dans ces quartiers ; les enfants n'auraient pas été, en attendant, mêlés aux aliénés les plus dangereux. On aurait, en outre, conclu à la nécessité absolue de terminer rapidement les quatre pavillons de Bicêtre. En encom-

brant la Salpêtrière, on aurait vu qu'il était indispensable d'agrandir la section actuelle et de créer une section nouvelle pour les filles, qui ont le droit, de la part du Conseil, à la même sollicitude que les garçons.

Le Conseil doit terminer sans retard l'œuvre commencée. Ce qu'il a fait jusqu'ici, comme nous l'avons constaté dans notre visite, lui vaut, à juste titre, les éloges de tous. Il y a quelques mois, c'était le ministre de l'intérieur qui était forcé de rendre justice aux élus de la Ville et du Département.

« Je viens disait-il, de visiter dans tous les détails, ce bel établissement, qui fait honneur à tous: A M. le Dr Bourneville, qui en a conçu la pensée et surveillé l'exécution ; — à la ville de Paris, dont les représentants ont dépensé presque sans compter ; — à l'Assistance publique et à l'architecte auquel j'adressais tout à l'heure mes félicitations et à qui je tiens à les renouveler publiquement. »

Le président du Conseil général, M. Jacques, ajoutait, de son côté :

« Sans fausse modestie, je déclare que le Conseil général a vraiment mérité l'hommage qu'on lui a rendu ; mais je tiens à ajouter que dans les réformes accomplies dans l'Assistance publique, que, dans l'œuvre admirable qui s'est réalisée ici, M. Bourneville, mon ancien collègue, a joué un rôle prépondérant et a droit, par conséquent, à une grande part d'honneur. »

Dans la discussion du rapport général du service des aliénés, M. Rousselle, président de la Commission, a proclamé la nécessité de l'assistance des enfants idiots, arriérés et épileptiques :

« Les services de Bicêtre, dit-il, créés par notre ancien collègue, M. le Dr Bourneville, sont à cet égard un modèle d'aménagement et d'organisation. Un traitement naturel et nouveau, qui commence par de simples mouvements, et finit par l'école et l'atelier, éveille et redresse peu à peu ces corps et ces intelligences infirmes, leur donne graduellement tout le développement dont ils sont susceptibles et parvient à les rendre quelquefois utiles et toujours moins à charge à la société et à eux-mêmes. »

L'administration par l'organe de M. Roux, directeur des affaires départementales, insiste aussi sur l'urgence d'une solution :

M. le Directeur des affaires départementales. — Je tiens d'abord à m'associer à l'hommage rendu au docteur Robinet, qui n'a jamais cessé d'être mon ami, bien qu'il fût mon contradicteur habituel, et dont les travaux nous ont été fort utiles. *Quant à la situation des enfants au bureau d'admission, je suis,* comme M. Rousselle, *navré de son état.* Mais, si vous voulez accepter

les propositions de M. le Directeur de l'Assistance publique (1), les choses changeront. Vous pouvez décider le complément d'installation de Bicêtre. Alors vous aurez un système complet.....

M. DESPRÉS. — Coûteux.

M. PIPERAUD. — *Utile, surtout.*

Toutes ces citations mettent à néant les violentes attaques dirigées contre nous par M. A. Després. Ces attaques ont eu un heureux résultat : elles ont hâté la solution que nous désirions. En effet, dans sa séance du 30 décembre (2), sur le rapport de M. PIPERAUD, le Conseil municipal a voté le projet comprenant la construction du *pavillon des cellules*, d'un *pavillon de dortoirs* (40 lits) et des deux *préaux* couverts de la nouvelle section des enfants de Bicêtre.

---

(1) M. Roux fait allusion au projet qui nous vaut les attaques de M. Desprès.

(2) *Hospice de Bicêtre. — Continuation du quartier des enfants idiots et épileptiques* (M. Piperaud, *rapporteur*).

Le Conseil, Vu le mémoire, en date du 29 juillet 1887, par lequel M. le Préfet de la Seine lui soumet, pour avis, une demande de M. le directeur de l'Assistance publique tendant à l'approbation d'un projet de travaux concernant la continuation du quartier des enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre, ledit projet comprenant la construction d'un pavillon disposé en cellules, d'un bâtiment à usage de dortoirs et de deux préaux couverts ; Vu le plan d'ensemble; Vu les plans et les devis des travaux projetés s'élevant, avant rabais, à la somme de 337,312 fr. 53 c., imprévus et frais de direction compris ; Vu l'avis du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en date du 29 juillet 1887, est d'avis :

1° D'approuver les plans et devis susvisés, comprenant la construction d'un pavillon disposé en cellules, d'un bâtiment à usage de dortoirs et de deux préaux couverts, dans le quartier des enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre ;

2° D'imputer la dépense, évaluée à trois cent trente-sept mille trois cent douze francs cinquante-trois centimes (337,312 fr. 53 c.), sur la subvention municipale extraordinaire de 1,500,000 francs allouée au budget hospitalier de 1887 et à provenir des fonds d'emprunt;

3° De mettre en adjudication publique, aux clauses et conditions des cahiers des charges ordinaires de l'Administration de l'Assistance publique, les ouvrages de terrasse et maçonnerie, de couverture et plomberie, de menuiserie et de serrurerie ; de confier aux adjudicataires de l'entretien, aux clauses et conditions de leurs marchés respectifs, les ouvrages de charpente, de peinture et vitrerie, de pavage et asphalte, de fumisterie et de canalisation pour le gaz ; enfin, de traiter à l'amiable pour le dallage en grès cérame, à raison de la spécialité du travail.

Nous n'aurions pas insisté sur l'intervention de M. Després dans une question qu'il ne connait pas du tout, si elle ne nous avait fourni l'occasion de mettre sous les yeux de nos lecteurs des documents qui prouvent que le Conseil municipal de Paris, le Conseil général de la Seine, l'Administration ont parfaitement compris la nécessité d'organiser sérieusement l'*Assistance publique* de la catégorie la plus importante *des enfants réputés incurables*. Nous espérons aussi que l'exemple donné par le département de la Seine sera suivi et que ceux de nos lecteurs qui font partie des Conseils élus trouveront dans les citations qui précèdent des arguments en faveur de la création d'*asiles interdépartementaux pour les enfants idiots, arriérés, épileptiques,* etc.

Dans le cours de l'année 1888, les nouvelles cellules nous permettront de faire cesser tous les graves inconvénients qui résultent de l'envoi des enfants à la Sûreté et la construction d'un nouveau pavillon nous donnera le moyen d'enlever les 23 lits, placés aujourd'hui dans deux ateliers, ce qui nous mettra à même de compléter l'enseignement professionnel et de dégager enfin dans une certaine mesure, le Bureau d'admission de l'Asile clinique.

V.

DE L'ASSISTANCE DES ENFANTS IDIOTS ET ÉPILEPTIQUES EN FRANCE.

A maintes reprises, nous avons insisté sur la nécessité d'organiser en France l'*assistance des enfants idiots et épileptiques* des deux sexes (1) — A propos d'un passage d'une lettre qui nous a été adressé le 30 mars 1887, par M. A. Després, nous avons été amené, pour nous défendre, à revenir sur les conditions déplo-

(1) Voir entre autres: Compte rendu de l'année 1884, p. LXV : — Compte rendu de l'année 1885, p. LII.

rables dans lesquelles se trouvaient à l'hospice de Bicêtre, les malades de cette catégorie, à justifier encore une fois de plus la construction de la nouvelle section et à plaider la cause de ces malheureux déshérités. Nous allons reproduire ici le passage de la lettre de M. Desprès (1), relatif au service des enfants, et notre réponse.

« M. Bourneville qui s'est taillé à l'hospice de Bicêtre, grace (*sic*) aux votes du Conseil municipal et à la bienveillance de l'administration, un service monumental qui coute (*sic*) des millons (*sic*), et quil (*sic*) n'aurait jamais obtenu sil n'avait pas été conseiller municipal, pourrait se contenter ce me semble de ce privilege excessif, et il devrait, en verité, laisser les autres hopitaux et leurs services tranquilles. »

M. Desprès nous fournissant l'occasion d'exposer devant le public médical l'historique de la création de la section des Enfants à l'hospice de Bicêtre, nous allons en profiter. Le faisant, nous serons utile à la cause que nous avons déjà soutenue et, en même temps, nous montrerons une fois de plus avec quel sans-gêne M. Desprès défigure les faits que, en sa qualité de Conseiller municipal de Paris et de Conseiller général de la Seine, il est en mesure de connaitre très exactement dans tous leurs détails. Ces détails les voici :

Au mois de novembre 1877, la 3e Commission du Conseil général, frappée de l'état hideux dans lequel se trouvaient les enfants de Bicêtre, nous chargea, en notre qualité de rapporteur du budget du service des aliénés de proposer au Conseil la création d'une section spéciale pour les enfants. Ce vœu fut adopté et renvoyé à l'Administration de l'Assistance publique. Au mois de novembre de l'année 1878, à la suite d'une nouvelle visite qui avait permis de constater que la situation était encore plus grave qu'on ne l'avait pensé et, en présence

(1) La lettre de M. Desprès a été publiée in extenso dans le *Progrès médical*, 1887, 2e série, Tome V, p. 293. Elle concernait surtout la *laïcisation*. Cette seconde partie de notre réponse a paru dans le 7 mai (*Ibid.*, p. 376).

de l'inertie de l'Assistance publique, nos collègues de la Commission nous invitèrent à insister de nouveau et très énergiquement pour qu'on remédiât à une situation qui était tout simplement une honte pour la Ville de Paris. En effet, une même salle, renfermant un tiers de lits en trop, servait : 1° d'*infirmerie* pour les enfants atteints de maladies intercurrentes (angines, pleurésies, pneumonie, etc., etc.) ou d'affections chirurgicales (plaies, etc.); — 2° d'infirmerie pour les enfants atteints de *maladies contagieuses aiguës* (croup, rougeole, scarlatine, etc.) ou *chroniques* (teignes, ophthalmies, etc.); — 3° de dortoir, de réfectoire et de salle de réunion pour les enfants idiots *gâteux* invalides, c'est-à-dire ne marchant pas. Enfin, c'était dans cette même salle qu'on les mettait, en cas d'agitation, attachés à des poteaux, sur des chaises ou dans leurs lits. Tous les médecins et tous les conseillers qui visitaient cette espèce de dépotoir, en sortaient écœurés. C'est pour cela que, au Conseil municipal et au Conseil général, on a placé en tête du programme des réformes de l'Assistance publique des enfants, la création d'*urgence* d'une nouvelle section à Bicêtre. Nulle part ailleurs l'on observait un spectacle aussi navrant (1).

A cette époque, nous n'étions pas médecin de Bicêtre et rien n'autorisait à penser que nous serions chargé du futur service. Mais M. Herold ayant rétabli le concours pour les places de médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière (2), à la suite du décès de M. Berthier, nous avons concouru, et, malgré les amis cléricaux de

---

(1) Voici ce qu'écrivait M. le Directeur de l'Assistance publique de cette époque, M. Möring, dans son rapport au Préfet de la Seine : « En résumé, sous le rapport matériel et sous le rapport moral, le service actuel des enfants idiots et épileptiques *doit être irrévocablement condamné*, et il convient, *sans plus tarder*, de porter remède à un état de choses qui compromet le bien-être de toute une population si intéressante par ses souffrances, par ses misères et par son âge. »

(2) Arrêté du 3 mars 1879.

M. Després, qui nous reprochaient la création des Ecoles d'infirmières et la laïcisation des hôpitaux, nous avons été l'un des deux élus (juin 1879). Notre collègue, M. J. Voisin, nommé le premier, choisit la deuxième section (aliénés adultes) et *nous laissa* la troisième, comprenant les épileptiques adultes et les enfants.

Comme on le voit, ce sont des circonstances tout à fait inattendues qui nous ont placé à la tête du service des enfants, et nous ont mis à même de réaliser, en les complétant, les réformes réclamées dès 1858 par notre vénéré maître, M. Delasiauve, et successivement par nos prédécesseurs, MM. A. Voisin et J. Falret.

L'Administration, durant ce temps, s'était décidée à se conformer aux vœux du Conseil municipal et du Conseil général en présentant à son Conseil de surveillance un projet de création d'une section pour les enfants. L'auteur du projet, M. Brelet — que M. Després connait intimement — avait imaginé un bâtiment de *quatre étages* (pour des épileptiques, des paralytiques, des enfants ne marchant pas !) et son bâtiment ne contenait que 120 lits alors que la population des enfants était de 130, qu'il y avait à l'Administration de nombreuses demandes que devait connaître M. Brelet et que le Conseil avait demandé une section pour 200 enfants au moins, afin de ne plus être obligé de transférer ces enfants dans les asiles de province. Dans cette circonstance, une fois de plus, M. Brelet avait montré son insuffisance comme administrateur et son mépris pour les décisions du Conseil municipal.

Le projet Brelet, modifié sur nos indications (octobre 1879) par notre ami le Dr H. Thulié, fut approuvé par le Conseil de surveillance et introduit le 18 avril 1880 au Conseil municipal. Nous fûmes chargés du rapport. Notre responsabilité était doublement engagée. Comme médecin du service, comme conseiller-rapporteur, nous avions le devoir de faire un examen complet. Une étude quotidienne, attentive, des besoins des enfants, les ren-

seignements recueillis sur les asiles analogues de l'étranger, nos visites à deux asiles anglais (Earlswood et Clapton) nous amenèrent à proposer au Conseil de faire rejeter le projet de l'Administration et à lui soumettre un nouveau projet.

Lorsque nous eûmes réuni tous nos matériaux, fait un programme des conditions que devait réaliser la nouvelle section, nous nous mîmes officiellement en rapport avec MM. Imard, inspecteur général de l'Assistance publique, Gallois, architecte de Bicêtre et le directeur de l'établissement, M. Ventujol. Nous eûmes la satisfaction de les voir adopter entièrement nos idées. M. Gallois fit un schéma du plan général, dressa les plans et devis détaillés des ateliers pour l'enseignement professionnel. Le Conseil de surveillance, puis le Conseil municipal adoptèrent le plan général, en principe, et décidèrent la construction des ateliers qui, commencée en octobre, était achevée en août 1883.

Puis, M. Imard fit le programme détaillé de l'ensemble de la section; M. Gallois fit les plans et les devis de tous les bâtiments. Le tout fut soumis au Conseil de surveillance. C'est à partir de là que nous trouvâmes du côté de l'Administration des résistances que nous avons eu toutes les peines du monde à vaincre. M. Brelet ne nous pardonnait pas d'avoir substitué notre projet au sien. Aussi est-ce grâce à lui que l'Administration introduisit au Conseil municipal ce projet sans indiquer quels étaient les crédits qui devaient faire face aux dépenses: C'était un excellent moyen de tout faire échouer. Nous parvînmes à déjouer cette manœuvre, après des démarches que nous avons exposées ailleurs (1), en faisant prélever une partie de la dépense sur la subvention de *six millions* votée à la fin de 1882 et en nous mettant d'accord avec M. le préfet Oustry pour demander au

(1) *Compte rendu du service des Epileptiques et enfants de Bicêtre*, 1882, 1883, 1884.

Conseil municipal une nouvelle subvention extraordinaire de 600,000 fr.

Enfin, le 29 juin 1883, quelques jours avant de quitter le Conseil municipal, nous fîmes adopter les conclusions de notre rapport; le crédit voté, qui était de 1.560.261 francs était destiné à la construction des réfectoires, des écoles, des bains, de deux pavillons à usage de dortoirs, du bâtiment des idiots gâteux, invalides et enfin de l'infirmerie. L'adjudication donna un rabais considérable qui permit de construire deux nouveaux pavillons de 40 lits chacun et, de plus, le *pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses* (1).

Non seulement la dépense n'a pas atteint *six millions* comme l'a répété M. Desprès ; — non seulement les crédits n'ont pas été dépassés, ainsi qu'il l'avançait si injustement, mais encore nous avons l'espoir que, les comptes réglés, sur le crédit voté par le Conseil municipal, c'est-à-dire sur 1.560.000 fr., il y aura un reliquat probablement suffisant pour la construction du *pavillon des cellules*.

Depuis le mois d'octobre 1883, époque où ont commencé les travaux, jusqu'à la fin (octobre 1885) nous n'avons rencontré que des résistances du côté de l'Administration. Nous en avons retracé l'histoire dans nos *Comptes rendus annuels de Bicêtre*, et M. Desprès pourra y trouver preuve sur preuve que la bienveillance de l'Administration n'a cessé de nous faire défaut. Elle n'a rien à revendiquer dans la section de Bicêtre ; cette création est due au Conseil municipal et ce sont MM. Floquet, Oustry, Poubelle et Bourgeois, qui, par leur intervention fréquente, ont forcé l'ancienne Administration à marcher, à exécuter les travaux avec une rapidité que M. Brelet qualifiait de scandaleuse.

---

(1) Nous avons publié la description de ce pavillon dans le dernier *Compte rendu*, p. XXXIV.

Comme nous l'avons vu, la nouvelle section était destinée à remédier à une situation déplorable et, avant le rejet du projet Brelet, tout le monde était d'accord pour en reconnaître l'urgence. Ce n'est pas tout, le projet était destiné à faire face à des besoins qui ne sont guère connus que des médecins des hôpitaux d'enfants, des conseillers municipaux et des administrateurs, en nombre trop rares, qui observent les misères sociales. En d'autres termes, il était conçu pour hospitaliser les *enfants dits incurables*. Lorsque nous avons proposé 400 lits, on craignait que ce chiffre ne fut exagéré. Or, à l'heure actuelle, tous les bâtiments sont occupés et, en outre, il y a ailleurs, dans la section des adultes, entre autres plus de 80 enfants ; il y en a une vingtaine au Bureau d'admission de l'asile Ste-Anne, confondus avec les adultes, couchant le soir sur des matelas disposés sur le parquet des dortoirs, dans les couloirs même et chaque semaine, par suite de l'encombrement, le directeur de l'Asile clinique (Ste-Anne) refuse de recevoir de nouveaux enfants.

D'où il suit qu'il reste encore beaucoup à faire pour compléter l'assistance des enfants incurables à Paris et dans le département de la Seine. C'est pour cela que nous n'avons cessé de réclamer l'agrandissement de la section des enfants à la Salpêtrière ou la création d'une nouvelle section. Cette réforme, il y a quelques années, eût été facile et peu coûteuse. L'indifférence, l'insouciance de l'ancienne administration, par ses atermoiements pour ne pas employer une expression à la fois plus sévère et plus juste, l'a rendue, au contraire, très dispendieuse (1)

La Société doit l'assistance à tous ces malheureux enfants pour eux d'abord, pour elle ensuite. Et comme ces enfants sont les plus déshérités parmi les enfants, à

(1) Plus tard il conviendra de créer dans le département de la Seine un asile pour les idiots adultes des deux sexes.

moins qu'elle n'en décide la destruction, elle doit les assister et, les assistant, elle doit le faire dans les conditions exigées par la science. Cette assistance ne peut se faire à domicile — comme pour les vieillards, laquelle devrait être beaucoup plus étendue, — mais par l'hospitalisation. Ces enfants, en effet, à la maison, immobilisent un membre actif de la famille pour les soigner; ils sont l'occasion d'impressions pénibles, douloureuses, pouvant avoir de graves conséquences pour la mère si elle redevient enceinte; ils sont dangereux pour leurs frères ou leurs sœurs en raison de leurs impulsions maladives, de leur dépravation, de leurs instincts pervers. Enfin ils doivent être hospitalisés parce que le traitement et l'éducation qui leur sont nécessaires ne peuvent être donnés à domicile, et ne peuvent être convenablement organisés que dans des établissements spéciaux. Les résultats sérieux, obtenus dans les asiles de l'étranger, principalement par l'application des idées, de la méthode d'un de nos compatriotes, Séguin, font un devoir aux administrateurs français et aux Conseils élus, d'organiser enfin cette assistance dans tout le pays.

Le Conseil général de la Seine et le Conseil municipal l'ont compris; il ne leur reste plus qu'à compléter leur œuvre. Malheureusement, il n'en est pas de même en province et il est indispensable que le Gouvernement se préoccupe sérieusement de l'Assistance des enfants incurables dans les départements; il faut qu'il donne des instructions en ce sens à ses préfets, afin que ceux-ci indiquent aux Conseils généraux la nécessité d'étudier cette question, de combler cette lacune de notre organisation hospitalière si défectueuse à tant d'égards (1) et les amènent à la création d'*asiles interdépartementaux pour les enfants idiots, épileptiques, paralytiques et pervers.*

(1) Voir entre autres les articles du *Progrès* sur l'*hospitalisation des vénériens.*

Il ne nous reste plus en terminant ce trop long article qu'à remercier M. A. Després de nous avoir fourni l'occasion d'appeler une fois de plus l'attention sur une réforme dont tous les hommes sérieux comprennent l'importance sociale et l'intérêt au point de vue hospitalier.

Quelques mois plus tard, M. Fallières, alors ministre de l'Intérieur, nous ayant fait l'honneur de venir visiter notre service, nous avons pensé que nous avions le devoir d'en profiter pour revenir de nouveau sur l'urgence de cette réforme. Dans ce but, nous avons fait coïncider avec cette visite la distribution des prix aux enfants idiots et épileptiques, ce qui nous a permis de lui exposer toutes les raisons qui militent en faveur de leur hospitalisation. Malgré sa longue étendue, nous allons reproduire la relation de cette visite, telle qu'elle a parue dans le *Progrès médical* (1) et les discours qui ont été prononcés à cette occasion.

Le mardi 23 août, M Fallières, Ministre de l'Intérieur, accompagné de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, s'est rendu à Bicêtre, afin de visiter la nouvelle section consacrée aux enfants. Il a été reçu par M. Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris, M. Adancourt, économe, remplaçant le directeur de l'hospice et M. Bourneville, médecin du service. Parmi les notabilités présentes nous citerons : MM. Jacques, président du Conseil général de la Seine, Curé, Chassaing, conseillers municipaux, Lévêque, conseiller général, le Dr Reulos, conseiller d'arrondissement, MM. Vialla et Collinet, maire et adjoint de Gentilly, Emile Ferry, membre du Conseil de surveillance, Imard, inspecteur de l'Assistance publique, les Drs Delasiauve, Charpentier, Quesneville, Taule, Laboubée; MM. Mourlan et Vaillant, chefs de division, Gallois, architecte, et Guary, ingénieur de l'Assistance publique, M. Péphau, directeur des sourds-muets, Labouyerie, directeur des Incurables, le commandant du fort, M. Lanet, MM. les internes en médecine et les employés de la Maison.

(1) 2e Série, Tome VI, n° 36, p. 186.

M. Bourneville a d'abord conduit le Ministre au Musée pathologique : il a montré les photographies des malades prises à l'entrée ou quand il survient des changements soit en bien soit en mal, les moulages en plâtres faits après décès, l'album des cerveaux, les cahiers d'observations des malades décédés, les comptes rendus imprimés chaque année, etc. En se rendant de là à la section, M. Peyron a montré à M. le Ministre, la plaque commémorative, posée récemment en l'honneur de Pussin, sur l'ordre de M. Poubelle, préfet de la Seine. Ensuite M. Bourneville a fait visiter successivement : les ateliers, les réfectoires, la petite école comprenant la salle du traitement du gâtisme et des leçons de toilette, la petite gymnastique, la salle des leçons de choses, la salle de lecture, etc. ; la grande école, les bains, les dortoirs, les bâtiments des gâteux invalides, l'infirmerie et le pavillon des gâteux. En revenant, il a fait voir le bois et les jardins où il a tout organisé au point de vue de l'enseignement par les leçons de choses.

« Après cette visite, dit le *Gil Blas*, M. le Ministre a assisté dans la cour principale à des exercices de gymnastique exécutés avec beaucoup d'ensemble et de précision par les enfants. Il a été convié ensuite par M. Bourneville à présider la distribution des prix aux enfants. Quoique n'ayant pas été prévenu de cette solennité, M. FALLIÈRES a accepté de très bonne grâce l'offre du médecin de la section. La distribution a eu lieu dans la salle du gymnase élégamment décorée de drapeaux et d'écussons. »

M. PEYRON a ouvert la séance par l'allocution suivante :

Monsieur le Ministre,

Permettez-moi de vous exprimer ma plus profonde reconnaissance pour la grande sollicitude que vous avez témoignée à ces enfants, à leurs parents et à tout le personnel de la maison. Nous garderons un souvenir ineffaçable de cette visite ; ce sera pour nous tous, à tous les degrés, plus qu'un souvenir, un encouragement.

Espérons que vous-même n'oublierez pas votre passage à Bicêtre, et que des spectacles qui ont frappé vos yeux, il en est un que je voudrais voir fixé dans votre mémoire, c'est celui du dévouement merveilleux de ces femmes attentives, dévouées près de ces enfants, et souvent de quels enfants ! Encore un mot. C'est pour le Directeur de l'Assistance publique un grand honneur de saluer ici le représentant de la République qui l'a toujours honoré d'une bienveillance particulière et auquel je suis attaché depuis si longtemps par le respect et l'affection la plus sincère.

Ensuite M. Fallières a donné la parole à M. Bourneville, qui s'est exprimé en ces termes :

Monsieur le Ministre,

C'est de grand cœur que je vous remercie d'avoir réalisé aujourd'hui la promesse que vous m'avez faite au commencement de juillet de venir visiter la nouvelle section de Bicêtre consacrée aux Enfants arriérés et épileptiques.

Durant la longue visite que vous venez de faire, vous avez bien voulu écouter tous les détails que je vous ai donnés sur l'organisation et le fonctionnement très compliqué de ce service. Bien que ce soit peut-être beaucoup d'exigence de ma part et augmenter la fatigue de cette laborieuse journée, permettez-moi, avant qu'on ne procède à la distribution des prix dont vous avez accepté avec tant d'amabilité la présidence, de retenir encore pendant quelques instants votre attention et de soumettre à vous et à nos invités quelques considérations sur l'*assistance et le traitement des enfants* réunis sous vos yeux. Je le ferai aussi brièvement que possible.

Mesdames, Messieurs,

L'assistance de ces enfants remonte déjà loin. En effet, dès les premiers temps de l'Hôpital général, dont Bicêtre et la Salpêtrière composaient les deux principaux établissements, on avait hospitalisé un certain nombre d'entre eux. Depuis cette époque, on a continué à en recevoir une partie à Bicêtre, à la Salpêtrière et aussi à l'ancien hospice des Incurables de la rue de Sèvres. A part les essais généreux, mais sans résultat sérieux, de Itard (1801), de Félix Voisin et de Belhomme, on peut dire que, jusqu'en 1838, l'assistance se bornait à des soins tout à faits matériels.

C'est à l'un de nos compatriotes, Edouard Seguin, que l'humanité est redevable de la méthode de traitement et d'éducation des enfants déshérités sous le rapport de l'intelligence. Après avoir commencé l'application de sa méthode avec Itard, puis avec Esquirol (1), ensuite seul, soit dans son école de la rue Pigalle, soit à l'hospice des Incurables (1841), Seguin fut nommé à la suite d'un rapport d'Orfila au Conseil général des hospices, instituteur des Enfants de Bicêtre — auxquels furent ajoutés une vingtaine d'enfants de l'hospice des Incurables — par un arrêté préfectoral en date du 9 novembre 1842. Seguin prit possession de son poste le 27 novembre suivant et, ici même, dans des conditions déplorables, « placé entre des rivalités acharnées et au milieu d'impossibilités de toute nature (2) », il appliqua sa méthode jusqu'au

(1) *Résumé de ce que nous avons fait pendant 14 mois.* Esquirol et Seguin, 1838.

(2) Seguin. — *Trait., Hyg. et Educat. des idiots*, p. 324 ; Paris, 1846,

21 décembre 1843, époque où, à la suite de dénonciations infâmes, on lui imposa sa démission.

Déjà Seguin avait publié trois mémoires qui avaient attiré l'attention (1838, 1839, 1841). En 1842, le Dr Guggenbühl fondait pour les crétins un établissement-école sur l'Abendberg, en Suisse, et, vers la même époque, M. Saegert (de Berlin) qui s'occupait déjà de l'éducation des sourds-muets, étendait ses efforts à l'éducation des enfants arriérés. Quatre ans plus tard, Seguin publiait son admirable livre intitulé : *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*. Alors se produisit — non pas en France, hélas! mais à l'étranger, un véritable mouvement pour l'amélioration de cette classe de malheureux déshérités (1). Une école fut créée à Leipzig; Mrs. Plumbe, Conolly, Andrew, Reed, en Angleterre, témoins de ce que faisait Seguin, connaissant ses écrits, provoquèrent, par leur propagande la création d'une petite école à Bath, puis à Highgate en 1848, ensuite à Colchester. En même temps, Wilbur fondait en Amérique le premier asile pour les faibles d'esprit, inspiré et guidé comme il l'a hautement reconnu lui-même, par les travaux de notre éminent compatriote, devenu plus tard son ami (2).

A partir de 1850, les institutions pour les enfants faibles d'esprit se sont considérablement multipliées .. à l'étranger. En 1877, on en comptait 13 dans la Grande Bretagne, 28 en Allemagne, 4 en Suisse, 3 en Suède, 11 aux Etats-Unis (3). Depuis dix ans, le nombre de ces institutions a encore augmenté dans tous ces pays. Quant à nous, voici quelle était notre situation en 1874, d'après le rapport des inspecteurs généraux publié en 1877 : « Les seuls asiles qui aient des quartiers d'enfants; ont-ils écrit, sont, pour les garçons : Armentières, Bicêtre, Clermont (Oise), Fains, Maréville, Prémontré, Quatre-Mares, Saint-Alban ; — pour les filles : la Salpêtrière, et, pour les deux sexes : Evreux, Montdevergues, Montpellier (4). » Nous devons ajouter que, sauf à Bicêtre et à la Salpêtrière, le nombre des enfants hospitalisés dans chacun de ces prétendus quartiers d'enfants est assez restreint. Les inspecteurs citent, par exemple, l'asile de Fains. Eh bien ! l'an dernier, nous y avons vu 5 petites filles et 5 petits garçons, non pas isolés dans un quartier spécial, mais mêlés aux malades adultes. A Maréville, nous avons trouvé 14 idiots dans une petite salle, et, dans le quartier des femmes, une dizaine d'idiotes. Quant au traitement, qu'il s'agisse de Fains ou de Maréville, nous n'en dirons rien : il n'existe pas.

Il en est de même à l'asile de Clermont (Oise), ainsi que nous l'avons constaté, il y a quelques mois, avec nos amis Sigismond

---

(1) Langdon Down. — *On some of the mental affections of childhood and Youth*. London, 1887, p. 3.
(2) In *Memory of Edouard Seguin*, p. 28.
(3) Ireland. — *On Idiocy and Imbecillity*. London, 1877.
(4) *Rapp., gén. sur le service des aliénés* en 1874, p. 92.

Lacroix et Bricon. Dans la plupart des asiles, on trouve quelques enfants mêlés aux adultes, au nombre de dix, quinze ou vingt pour les deux sexes (nous avons vu sept ou huit garçons et autant de filles à l'asile de Châlons-sur-Marne, au mois de septembre dernier). Les hôpitaux-hospices de province reçoivent aussi parfois quelques-uns de ces déshérités. Partout, d'ailleurs, soit dans les asiles, soit dans les hospices, on se borne à leur donner des soins matériels.

On ne se douterait certes pas, en présence d'une telle situation, qu'on est dans la patrie de l'homme qui a créé le traitement et l'éducation des idiots, — de l'homme dont l'enseignement est adopté dans la plupart des asiles-écoles d'Angleterre, d'Allemagne et des Etats-Unis. Tous ont leur origine directe ou indirecte, dans les travaux de Séguin, « le fondateur et le père de ce grand mouvement philanthropique, » pour employer les expressions du Dr Georges Brown (1). « Sans Séguin, ajoute-t-il, des milliers d'enfants seraient encore des idiots bavants, qui, maintenant, grâce à ses travaux, sont relevés à l'état d'homme et sont rendus heureux dans les asiles créés pour eux. »

On est en droit de s'étonner que des créations faites en aussi grand nombre à l'étranger n'aient pas excité l'Administration de notre pays, et, en particulier, l'Assistance publique de Paris. L'étonnement redouble lorsqu'on se souvient du mémoire si éloquent adressé en 1859 à cette Administration par notre vénéré maître, M. Delasiauve. Ses revendications persistantes n'ont abouti à aucun résultat : rien ne lui fut accordé. Ce n'est que depuis dix ans que la question de l'assistance et du traitement des enfants idiots a été reprise en France par le Conseil général de la Seine et le Conseil municipal de Paris. Des améliorations ont été introduites dans le quartier des enfants de la Salpêtrière ; la colonie annexe de l'asile de Vaucluse a été fondée ; enfin, on a construit une grande partie de la section de Bicêtre. C'est beaucoup, si l'on compare la situation actuelle au passé ; c'est encore peu, si l'on veut assurer une assistance complète à tous les enfants arriérés, paralytiques et épileptiques du département de la Seine.

Certaines personnes se sont étonnées de voir le Conseil municipal consacrer un crédit important (1,560,000 fr.), à la création dans cet hospice d'une section pour des enfants réputés incurables, et, à ce propos, on a même posé la question de savoir s'il était bien nécessaire d'*assister*, et surtout d'*hospitaliser* cette catégorie d'enfants. Cette question était naturelle dans la bouche de gens peu au courant des choses de l'Assistance et absolument ignorants des résultats remarquables qu'on est en droit d'attendre d'un traitement et d'une éducation appropriés.

Eh ! bien, lors même qu'il ne serait pas possible d'élever un grand nombre de ces malheureux enfants à la dignité d'homme, de leur donner une instruction suffisante, de leur apprendre un métier les mettant en mesure de gagner leur vie, il faudrait quand

(1) *In Memory of Edouard Seguin*, p. 42.

même les assister et l'assistance ne doit pas se limiter à telle ou telle catégorie, elle doit les embrasser toutes. Nombreuses sont les raisons que l'on peut invoquer à l'appui de cette opinion.

Il est un principe qui doit toujours guider en matière d'assistance : c'est qu'on doit assister les malheureux le plus près possible de leur domicile et toutes les fois que cela se peut, à domicile. A notre avis, conforme à celui de tous les hommes qui se sont occupés sérieusement de cette question et ont voulu substituer à l'aumône et à la charité une assistance vraiment républicaine, il ne faut recourir à l'hôpital ou à l'hospice, que si l'assistance à domicile ne peut pas être faite utilement. L'hospitalisation est indispensable quand le malheureux, par la nature de sa maladie ou de ses infirmités exige, pour être convenablement soigné, la présence constante de l'un des membres de la famille, lequel se trouve immobilisé et ne peut plus contribuer aux charges de la communauté. Tel est le cas des enfants désignés sous le terme générique d'incurables, comprenant surtout les *idiots*, les *imbéciles*, les *arriérés*, les *paralytiques*, les *épileptiques*, les *hystériques*, les *enfants* atteints de *perversion des instincts* ou de *folie morale*.

La présence de ces pauvres êtres dans la famille où, d'ailleurs ils ne peuvent recevoir aucune instruction, ni suivre aucun traitement efficace, est une source de graves inconvénients, engendrant une situation morale des plus pénibles et occasionnant une lourde charge.

Il est commun d'observer de ces enfants qui dès les premiers jours de leur naissance, poussent presque sans arrêts et surtout la nuit des cris aigus, empêchant père, mère, frères et sœurs de reposer. Et cependant,le lendemain il faut que le père retourne à son travail, que la mère vaque aux soins du ménage.

Ce n'est pas tout. Les voisins se plaignent, de là des querelles qui aboutissent généralement à un congé, aux embarras et aux dépenses d'un déménagement. Il y a ici des parents qui, pour des cas semblables, ont été dans l'obligation de déménager, une fois deux fois chaque année, jusqu'à l'admission de leurs enfants à Bicêtre ou à la Salpêtrière.

Sans vouloir exagérer l'importance des *impressions maternelles* durant la grossesse, il est certain que la vue constante de ces enfants difformes, sous le rapport physique et intellectuel, peut, parfois, avoir une action sur le produit d'une nouvelle conception. Dans tous les cas, il est une autre influence qui, elle, est incontestable : c'est l'influence exercée par l'aspect de ces enfants sur leurs frères et sœurs. Voici, à l'appui, ce que nous disait la mère d'un petit idiot : « Nous avons deux jumeaux âgés de 19 mois qui commencent à prendre ses manières, à se balancer, à se cogner la tête comme lui. Sans cela, ajoutait-elle, si je ne craignais pour les deux derniers, je le garderais à la maison. »

A côté de ces enfants idiots au dernier degré, il en est un grand nombre d'autres, imbéciles ou arriérés, qu'on ne peut garder dans les écoles de la ville parce qu'ils sont incapables de suivre les exercices des autres enfants et que leurs tics, leur insuffisance mentale

rendent la risée de leurs camarades qui souvent même les brutalisent; ou bien ils troublent la classe par leur instabilité, leur besoin de mouvement, leurs contorsions, leurs crises convulsives; on les punit, on les met dans un coin, dans la cour : ils prennent l'école en dégoût, deviennent irritables et les maîtres sont obligés de les congédier définitivement. Beaucoup vagabondent ou se sauvent sans motif de la maison paternelle, servent d'instruments à de plus habiles, qui les poussent à des actes répréhensibles. On les arrête, parfois on les condamne. Ces fugues, ces arrestations, ces condamnations, sont une cause permanente de démarches, de pertes de temps, d'inquiétudes et de douleurs pour les familles.

Puis, viennent des enfants, plus ou moins débiles au point de vue intellectuel, quelquefois même bien doués sous ce rapport, mais atteints de perversion des instincts : voleurs, menteurs, onanistes, pédérastes, incendiaires, destructeurs, homicides, empoisonneurs, etc. Nous avons reçu récemment un enfant âgé de 9 ans, dont les parents ont dû réclamer d'urgence l'admission, parce qu'il avait l'idée fixe de « saigner sa petite sœur. » Les garçons se livrent soit sur leurs sœurs, soit sur les petites filles du voisinage, à des pratiques déplorables. Les petites filles de cette catégorie attirent les garçons, pervertissent leurs compagnes, servent à assouvir les désirs de gens sans scrupules. Sont-elles pubères, elles deviennent enceintes, produisent des enfants que la société doit nécessairement assister après avoir refusé de protéger et d'aider la mère, qu'on se décide tardivement à interner, à un âge où toute chance d'amendement a, sinon tout à fait disparu, au moins grandement diminué.

Enfin, nous citerons les enfants affectés de maladies convulsives : l'hystérie et l'épilepsie. Lorsque les crises sont rares, les instituteurs conservent ces enfants ; mais la plupart, et avec raison, les refusent; ils sont alors plus ou moins abandonnés dans la rue. S'ils ont 12, 13, 14 ans ou au-dessus, les parents essaient de les mettre en apprentissage : dès qu'une crise est constatée l'enfant est congédié. Et de nouveaux essais aboutissent aux mêmes échecs. Il importe aussi de se souvenir que si les convulsions n'ont en somme de conséquences graves que pour les malades, elles sont souvent précédées ou suivies de troubles intellectuels, d'impulsions les poussant à des tentatives de suicide ou d'homicide qui les rendent très dangereux pour la sécurité publique.

Nous pourrions rapporter de nombreux faits et en citer d'exceptionnellement graves, recueillis par nous soit à Paris, soit en province; nous pourrions relever ceux qu'enregistrent à chaque instant les journaux politiques. Nous nous bornerons à citer l'expérience et l'opinon de M. Delasiauve : « J'ai, dit-il, durant huit ans, exercé en province. Dans l'étroit cercle de quelques communes, je n'ai pas rencontré moins d'une dizaine des parias dont il s'agit. Tous vaguaient dans les rues ou les champs, sans que les parents en eussent cure. Deux idiotes, à ma connaissance, devinrent enceintes. Une troisième, soupçonnée de l'être, succomba en six heures à des symptômes que, tacitement, j'attribuai à des substances abortives. Parmi les hommes, trois frayaient dans les églises, attirés par le

chant et le bruit des cloches. L'un d'eux accompagnait aussi les convois, s'apitoyant ou larmoyant avec les parents qui pleuraient. Un quatrième tua d'un coup de fourche un de ses voisins ; un cinquième alluma deux incendies. Des gamins qui se plaisent à agacer ces pauvres êtres, sont souvent victimes de leurs imprudentes taquineries. »

Toutes ces raisons nous paraissent démontrer d'une façon irréfutable, la nécessité de l'assistance des enfants dont nous venons de parler. Il s'agit là d'une grosse question, car leur nombre peut être évalué à environ 40,000 pour toute la France (1). Qu'y a-t-il à faire ?... Nous allons le dire tout à l'heure.

Mes enfants,

Vous profitez des sacrifices faits pour vous par la ville de Paris, par le Conseil municipal, à qui vous devez votre bien-être, votre instruction primaire et professionnelle, par l'Administration de l'Assistance publique qui, depuis qu'elle est dirigée par M. Peyron, s'intéresse sérieusement à vous. Il faut encore faire davantage ; il faut que vous suiviez toujours nos conseils, que vous écoutiez attentivement les leçons de vos maitres et de vos maitresses, à l'atelier, aussi bien qu'à l'école ; il faut vous montrer bons et secourables les uns envers les autres ; il faut résister à vos impulsions et corriger vos mauvaises habitudes. Si vous faites cela, chaque année, nous rendrons à la Société un nombre de plus en plus grand de jeunes gens instruits, bons ouvriers, capables de gagner leur vie par le travail ; chaque année aussi, nous pourrons faire passer un plus grand nombre d'entre vous, qui ne peuvent, à cause de leurs infirmités physiques, être envoyés au dehors, dans les divisions de l'hospice, où ils jouiront d'une liberté relative et pourront s'occuper utilement dans les ateliers des adultes, diminuant ainsi, dans une proportion variable, les charges que s'impose l'Assistance pour eux.

En travaillant bien, en nous fournissant de meilleurs résultats, vous rendrez encore un plus grand service. En voyant vos progrès, en constatant que, par un traitement, une hygiène et une éducation méthodiques, il est possible d'améliorer presque tous les enfants atteints de maladies nerveuses, d'en guérir complètement un certain nombre, vous donnerez aux médecins et aux administrateurs qui viennent ici et auxquels je fais visiter minutieusement votre service, quelque fatigue et quelque temps qu'il m'en coûtent, vous leur donnerez, disons-nous, des arguments puissants pour défendre dans leur pays la cause des malheureux enfants frappés comme vous dans leur intelligence. Et aujourd'hui, à moi-même, vous m'avez permis de plaider efficacement, je l'espère, auprès de M. le Ministre de l'intérieur, la cause de tous les enfants arriérés, convulsifs ou réputés incurables, disséminés dans tous les départements.

---

(1) Dans leur rapport de 1877, les inspecteurs généraux évaluaient le chiffre à 36.000.

Puisse ce que M. le Ministre a vu aujourd'hui à Bicêtre lui inspirer l'idée d'organiser dans toute la France, l'Assistance publique pour ces enfants, d'en faire une obligation légale et de créer des *asiles départementaux* ou *inter-départementaux*, semblables à votre section. En le faisant, il accomplirait une réforme sociale qui ferait honneur à lui et à la République !

M. le MINISTRE a prononcé le discours suivant :

« Mes enfants, mesdames, messieurs,

« Je ne m'attendais pas à l'honneur de me trouver devant une si nombreuse société et de présider à cette distribution de prix. J'en voudrais presque à M. le Dr Bourneville de m'avoir ménagé cette trahison, si je n'avais pas tant à m'en féliciter. Il nous disait, en terminant sa brillante allocution, que le gouvernement de la République devait se préoccuper plus que tout autre du sort des déshérités, qu'il se fait un devoir et un honneur d'aller aux petits et aux humbles et d'essayer par ses efforts constants, d'en faire sinon des citoyens actifs, du moins des hommes utiles. Il m'est déjà arrivé de présider des distributions de prix ; mais dans aucune je n'ai ressenti une émotion aussi vive que celle que je ressens en ce moment et dont je veux vous faire part.

« Je viens de visiter, dans tous les détails, ce bel établissement, qui fait honneur à tous : A M. le Dr Bourneville, qui en a conçu la pensée et surveillé l'exécution ; à la ville de Paris, dont les représentants ont dépensé presque sans compter, à l'Assistance publique et à l'architecte, auquel j'adressais tout à l'heure mes félicitations, et à qui je tiens à les renouveler publiquement.

« Lorsque j'ai parcouru ces salles avec M. le Dr Bourneville, avec M. le directeur général, avec M. le directeur de Bicêtre et avec tous ceux qui vous sont attachés, je m'étais promis de vous dire, en vous quittant, ma satisfaction, et j'oserai même ajouter mon admiration, et combien il m'est doux d'adresser des félicitations sincères à tous ceux qui concourent à l'éclat de ce magnifique établissement, au directeur, aux instituteurs, au professeur de gymnastique, à vos surveillantes laïques, femmes modestes dont le dévouement est à la hauteur de la mission qu'on veut bien leur confier.

« Une des sollicitudes de chaque jour du gouvernement est de se demander si cette assistance, qui date de 1789, a été suffisamment développée. Pour cela, il faut un effort, et cet effort nous le demanderons aux départements, aux conseils généraux, aux préfets, aux municipalités, persuadé que lorsque

nous aurons réussi, sinon tout à fait, du moins en partie, nous aurons fait une œuvre républicaine, œuvre sociale, l'œuvre que vous faites ici, Monsieur le Dr Bourneville, en consacrant ce que vous avez de mieux, votre dévouement, le meilleur de votre temps, comme ces internes dont vous me faisiez l'éloge tout à l'heure, en me disant : c'est le dévouement même.

» Je vois ici des prix, et si, comme je vous l'ai dit, M. Bourneville ne m'avait pas trahi, j'aurais apporté les miens ; mais je les enverrai demain (1) et je vous prierai, monsieur le directeur, de vouloir bien les donner dans chaque division à ceux que vous considérez comme les plus méritants.

« Je n'oublierai pas ce que j'ai vu aujourd'hui, et j'en ferai mon profit, comme homme, comme père de famille, comme citoyen, comme ministre d'un gouvernement qui doit tendre la main aux pauvres, aux humbles, à ceux qui souffrent, à quiconque a le droit d'avoir une place au soleil. »

Ce discours a été accueilli par d'unanimes applaudissements. L'un des enfants, Ygonel, qui a remporté le prix d'honneur, est alors monté sur l'estrade et a lu, au nom de tous ses camarades, le compliment suivant qui, « par la délicatesse touchante de sa forme, a vivement ému tous les assistants. »

Monsieur le Ministre,

En me donnant par leurs suffrages le prix d'honneur de l'école, mes camarades m'ont choisi pour venir saluer au milieu d'eux celui qui n'a pas craint de se soustraire un moment aux durs labeurs de ses hautes fonctions, et de venir assister à notre petite fête. Laissez-moi donc, Monsieur le Ministre, au nom de tous mes amis, vous souhaiter la bienvenue et vous remercier de nous avoir témoigné par votre visite le bienveillant intérêt que vous nous portez. Cette marque de sympathie nous est d'autant plus sensible, que, plus que tout autre, nous avons besoin de sentir qu'on ne nous oublie pas, et que, si notre mal nous isole pour un temps de la société, la société ne nous a pas abandonnés.

Du reste, que nous manque-t-il ici, et qu'avons-nous à envier aux enfants du dehors? Grâce aux soins infatigables de M. le Dr Bourneville, le temps que nous passons à Bicêtre est loin d'être perdu : on nous apprend un métier, qui plus tard nous permettra de vivre, on fait ou on continue notre éducation et notre instruction ; on nous conduit à toutes les fêtes avoisinantes, et les grands jardins de Paris nous voyent souvent dans leurs bosquets.

---

(1) M. le Ministre a tenu sa promesse et, dès le lendemain, il a envoyé quatre beaux volumes qui ont été remis aux enfants les plus méritants par M. Imard, inspecteur, le mardi 30 août.

Aussi, Monsieur le Ministre, ne soyez pas jaloux, si je me tourne un moment vers M. le Dr Bourneville, pour le remercier aujourd'hui publiquement de tout le bien qu'il nous fait. Grâce à lui, beaucoup d'entre nous pourront un jour quitter Bicêtre et reprendre leur rang dans la société. Nous serions des ingrats si nous oublions dans nos témoignages de reconnaissance, M. le Directeur général, dont la constante sollicitude augmente tous les ans et nous fait trouver moins long le séjour dans cet établissement hospitalier.

Merci encore une fois, Monsieur le Ministre, merci, au nom de mes camarades de l'honneur que vous nous avez fait; merci au nom de tous nos parents.

M. Fallières a répondu ainsi qu'il suit :

Mes enfants,

« C'est avec plaisir que je vois que les leçons qu'on vous donne ici ne sont pas perdues. Le meilleur moyen de prouver votre reconnaissance, c'est de répéter les paroles que votre camarade vient de prononcer. Ne soyez pas jaloux, disait-il en se tournant vers M. Bourneville : non, je ne suis pas jaloux, je suis heureux au contraire de m'associer à ce témoignage de reconnaissance en affirmant que nous avons à faire, non pas seulement à un homme de cœur, serviable, mais à un homme de mérite, véritable bienfaiteur de l'humanité, et, avant de quitter cette enceinte, je tiens une seconde fois, M. le Docteur, à vous témoigner ma reconnaissance. »

Il a été ensuite procédé à la distribution des récompenses. Puis, avant de clore la séance, M. Jacques, qui avait pris au fauteuil de la présidence la place de M. Fallières, obligé de se retirer avant la fin, a prononcé les paroles suivantes :

Mes enfants,

Je profite de l'occasion qui m'a placé au fauteuil de la présidence de cette fête pour me donner la parole... Rassurez-vous, je n'ai pas préparé de discours ; mais je ne puis lever brusquement la séance sans prendre acte des éloges adressés au Conseil général de la Seine et sans remercier les orateurs qui se sont si cordialement exprimés à son égard... Eh bien! sans fausse modestie, je déclare que le Conseil général a vraiment mérité l'hommage qu'on lui a rendu ; mais je tiens à ajouter que dans les réformes accomplies dans l'Assistance publique, que dans l'œuvre admirable qui s'est réalisée ici, M. Bourneville, mon ancien collègue, a joué un rôle prépondérant, et a droit par conséquent à une grande part d'honneur.....

Il est certaines améliorations, Messieurs, qui sont longues à se produire parce qu'il faut deux choses à un homme d'initiative pour les faire aboutir devant une assemblée délibérante : être reconnu comme très compétent sur la matière toute spéciale qu'il

traite et savoir par son caractère inspirer à tous une confiance absolue.

Un état de choses lamentable subsistait à Bicêtre, comme il subsiste encore ailleurs : Bourneville est élu conseiller, il fait connaître l'étendue du mal, il déclare qu'on peut y remédier et le Conseil général et le Conseil municipal, animés d'un même sentiment démocratique, s'émeuvent et n'hésitent pas à consentir les sacrifices d'argent qu'il faut faire : la cause était gagnée et la période réformatrice s'est ouverte.....

Eh bien! Messieurs, un jour j'ai craint de voir la marche progressive vers l'état de choses merveilleux que vous venez de constater, se ralentir ; c'est au moment où les électeurs ont envoyé Bourneville à la Chambre des députés. Fort heureusement, il n'en a rien été et je tiens à bien le féliciter et à bien le remercier : c'est un grand exemple à retenir : Bourneville a assez donné à la politique pour être un excellent mandataire, mais il n'a pas cessé de se consacrer à l'une de ses œuvres de prédilection et il est démeuré le savant médecin et l'excellent philanthrope dont je m'honorerai toujours d'avoir été le collègue!

Il est un homme dont je dois associer le nom à Bourneville, c'est celui du Dr Robinet, que je ne cesserai de regretter. Robinet a continué avec le concours de plusieurs collègues de faire progresser les questions d'Assistance. Et pour que les résultats obtenus par le Conseil municipal portent des fruits, je me permets d'exprimer le vœu que les Conseils généraux envoient des délégués visiter Bicêtre. S'ils le font, je suis convaincu que le spectacle auquel ils assisteront produira la conviction dans les esprits même prévenus et que bientôt la question de l'assistance des enfants arriérés sera résolue dans toute la France.

Je termine, mes enfants, en vous engageant à vous montrer très reconnaissants envers tous ceux qui coopèrent à faire de vous, non pas des hommes brillants, mais des hommes utiles dont une république démocratique doit avoir à cœur d'augmenter le nombre.

Ces bonnes paroles ont été accueillies par les applaudissements de tout l'auditoire. La séance a été levée et au moment où les assistants se sont retirés, les enfants ont entonné la *Marseillaise* avec beaucoup d'entrain.

Nous espérons que cette visite aura d'heureux résultats et que M. Fallières se souviendra de ce qu'il a vu, lorsque, à propos de la discussion de la nouvelle loi sur les aliénés, il sera question de l'assistance des idiots et des épileptiques et de la création, pour eux, d'asiles départementaux et inter-départementaux.

DEUXIÈME PARTIE

Clinique.

I.

De l'Epilepsie procursive;

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Sous le nom d'EPILEPSIE PROCURSIVE (*Epilepsia procursiva* des anciens auteurs), nous nous proposons d'étudier une forme particulière de l'épilepsie, dont les accès, au lieu de présenter les phases habituelles, sont constitués par une *course* ou *propulsion* rapide en *ligne directe* dans l'axe horizontal du corps, ou avec *rotation* à grands cercles, d'une durée ne dépassant jamais celle d'un accès épileptique ordinaire, ne s'accompagnant pas le plus souvent de chute et n'étant pas suivi de coma, mais se compliquant d'une congestion très forte de la face.

Cette forme de l'épilepsie, dont on trouve des exemples assez nombreux, surtout dans les auteurs anciens, a été décrite sous des noms très divers et parfois confondue avec la chorée ou d'autres affections nerveuses. Nous verrons plus tard, quand nous traiterons de l'*anatomie pathologique,* qu'elle semble devoir être classée parmi les *épilepsies symptomatiques* d'une

lésion encéphalique qui paraît à peu près *constante* déjà macroscopiquement.

Dans une première partie nous traiterons de l'*épilepsie procursive proprement dite*, c'est-à-dire des cas où la *course* constitue d'abord à elle seule l'*accès épileptique;* nous aurons en effet à citer des faits qui prouvent que l'acte procursif peut, plus tard, être suivi d'un accès ordinaire ou disparaître complètement pour faire place à l'épilepsie vulgaire. Cette succession possible des phénomènes cliniques explique pourquoi les auteurs ont considéré la procursion tantôt comme un vertige, tantôt comme un accès complet ou incomplet. Les faits qui nous sont personnels nous permettent de nous ranger plutôt à l'opinion des médecins qui considèrent ces accidents comme des accès incomplets. — Ce n'est pas à dire pour cela que le *vertige*[1], ne puisse jamais être accompagné de *mouvements automatiques;* l'*absence* elle-même peut consister en un simple acte automatique, mais alors on n'a nullement affaire à une procursion véritable, mouvement précipité de peu de durée, automatique si l'on veut, mais caractérisée par une course remplaçant les périodes tonique et clonique de l'accès ordinaire.

Pour compléter l'étude de l'épilepsie procursive nous étudierons ensuite les *actes automatiques*, à caractères plus ou moins procursifs, qui accompagnent le *vertige* et l'*aura*, ou qui sont *consécutifs* à l'accès; nous diviserons donc notre sujet de la manière suivante :

[1] Perte de connaissance, avec sensation de tournoiement, accompagnée ou non de quelques phénomènes convulsifs de peu de durée et d'intensité.

I. *Historique.* — II. *Épilepsie procursive* proprement dite, ou accès épileptiques essentiellement constitués par la course. — III. *Epilepsie avec aura procursive*, soit que celle-ci ait dès l'abord été isolée, soit qu'après avoir été suivie d'un accès épileptique ordinaire, elle ait enfin disparu totalement. — IV. *Epilepsie avec procursion consécutive.* — V. *Vertiges procursifs et automatisme.* — VI. *Anatomie pathologique.* — VII. *Pronostic et diagnostic.* — VIII. *Considérations générales* sur la *Physiologie* et l'*Etiologie des mouvements procursifs.* — IX. *Traitement.*

I. Historique.

L'*épilepsie procursive*, quoique peu commune, a déjà été signalée depuis longtemps; nous avons pu, en effet, en relever un certain nombre d'exemples dans les auteurs de notre siècle et des siècles précédents. D'abord décrite sous le nom d'*epilepsia procursiva*, puis sous celui de *chorea procursiva seu festinans*, elle est enfin classée par les auteurs de la première moitié de ce siècle parmi les chorées, genre vague où entraient et entrent encore un grand nombre de névroses; confondue alors souvent avec la paralysie agitante, on en trouve encore des observations publiées sous les noms de *chorea circumrotatoria*, *rotatoria*, *circumambulatoria*, *saltatoria*, etc. Les *mouvements involontaires* de Wicke, la *musculation irrésistible* de Roth, les *impulsions systématisées* de Jaccoud, les *spasmes coordonnés*[1] de Romberg, etc., etc., sont tous des termes

[1] Les deux observations que Romberg a relatées en entier dans son Traité sont deux cas d'hystérie.

de classification basée sur un ou plusieurs symptômes isolés embrassant également en partie l'ancienne *épilepsie procursive*. C'est à Thomas Eraste[1], à notre connaissance, qu'est due la première observation se rapportant réellement à cette forme d'épilepsie.

OBSERVATION I. — *Début de l'épilepsie à la suite d'une chute. — Tournoiement, puis course; parfois accès ordinaire.*

J'ai guéri, dit-il, l'année passée, un adolescent qui, étant tombé d'une hauteur considérable et s'étant meurtri la tempe, était sujet, depuis cette époque, à des *accès* d'épilepsie, pendant lesquels il tournait rapidement sur lui-même trois ou quatre fois, puis se précipitait involontairement en avant, si l'on ne l'en empêchait. Avant de tomber, ce qui arrivait du reste très rarement, il se frottait rapidement le visage avec les mains. En revenant à lui, il ne savait rien de ce qui s'était passé.

Eraste en ces quelques lignes a retracé le tableau exact de l'épilepsie procursive: course en avant, parfois suivie de chute consécutive; frottement de la face, etc. Ajoutons qu'ici, la phase propulsive était précédée d'une rotation.

Nous empruntons l'observation suivante à Bootius[2]. Il en fait précéder l'exposé de quelques réflexions judicieuses qu'il nous semble bon de rappeler. « Plusieurs médecins, dit-il, ont déjà noté que les épileptiques ne tombaient pas toujours dans les accès, que quelques-uns restaient debout, que d'autres s'asseyaient, ou bien encore exécutaient soit des mouve-

[1] *Comitis montani vicentini noui medicorum censoris quinque librorum de morbis nuper editorum viva anatome: in quâ multa artis medicæ capita accuratissime declarantur* a Thoma Erasto, philosopho et medico. Basillæ, MDXXCI, pars II, p. 195.

[2] Bootius. — *Observationes medicæ de affectibus omissis.* Londini, 1649. *De epilepsiâ procursivâ*, caput VI.

ments de manège, soit des mouvements irréguliers. Il nous paraît intéressant de rapprocher de ces cas ce que nous avons observé sur un enfant de douze ans. »

OBSERVATION II. — *Enfant de douze ans. Accès procursifs. — Courses accompagnées d'abolition de la vue et de l'intelligence.*

Chaque fois que cet enfant était pris d'un accès, il courait droit devant lui et ne s'arrêtait que s'il rencontrait un obstacle pouvant l'empêcher de poursuivre sa course et sur lequel il se précipitait avec impétuosité. Ni l'eau, ni le feu, ni les précipices ne pouvaient le faire dévier de sa route; on ne l'en préservait qu'en le retenant, car, durant ces accès il ne voyait ni ne comprenait. Il est fort probable que si ces accès se fussent produits en plaine où une plus grande étendue de terrain lui eût permis de courir assez longtemps, il n'aurait pu tomber à terre de toute la durée de l'accès. Mais ce point n'a pu être élucidé par nous, car le malade, toujours retenu dans une enceinte, ne pouvait être pris d'accès qu'à la maison ou dans des cours.

Dans le cas de Bootius comme dans celui d'Eraste, on ne peut douter qu'il ne s'agisse d'un malade atteint d'épilepsie procursive; mais quoique plus longue que la précédente cette observation est moins complète que celle d'Eraste. On ne saurait classer parmi les cas d'épilepsie procursive, comme l'ont fait ce temps-ci quelques auteurs, l'observation publiée par Tulpius [1]. Il s'agit en effet d'un malade qui courait jour et nuit, si rapidement et avec des mouvements du corps si ininterrompus que la sueur lui coulait de partout; le besoin du sommeil seul l'arrêtait. Il est probable qu'il ne s'agit là ni d'épilepsie procursive ni de chorée, mais bien de paralysie agitante.

[1] Tulpius. — *Observ. méd.* Amsterdam, 1672.

Dans sa *Pratique de médecine spéciale,* Etmüller[1] divise l'épilepsie en trois degrés : le premier comprend l'*absence* et le *vertige ;* le second comprend les cas dans lesquels le « corps est tourmenté par diverses *secousses*, sans la perte du sentiment et de la raison ou avec quelque dépravation de ces facultés »; puis l'auteur ajoute qu'il y a quelques exemples de cette variété d'épilepsie dans la *Pathologie du cerveau* de Willis, dans la *Pratique de Rivière*, dans les *Epîtres* de Timeus, dans les *Histoires* de Salmuth, etc. De ce genre est « l'épilepsie dont parle Bootius (*Traité des affections omises*, ch. VI) d'un malade qui courait durant tout le paroxysme (voir p. 57); et l'épilepsie d'un homme des environs de Leipsick qui ne faisait que pirouetter durant le paroxysme ».

Paullini[2] cite le cas d'un enfant de cinq ans qui ne tombait pas au moment de l'accès, mais courait *per lutum et aquam*. Le même auteur avait publié en 1687 une observation qui rentre peut-être dans le cadre de l'épilepsie procursive.

Observation III. — *Course suivie le plus souvent de chute. Course après l'accès.*

Un enfant norvégien (on ne dit pas son âge) courait devant lui environ trente pas, et s'il tombait, ce qui lui arrivait souvent, il se relevait et continuait à courir; puis il s'appuyait

[1] Etmüller. — *Pratique de médecine spéciale de Michel Etmüller sur les maladies propres des hommes, des femmes et des petits enfants*, etc. Lyon, 1691, thèse XXIII, de l'*Épilepsie*, p. 531. — Nous n'avons pu consulter quelques-uns des auteurs cités par Etmüller, mais dans la *Pratique de Rivière*, édition française de Lyon, 1692, nous n'avons rien trouvé se rapportant à l'épilepsie procursive.

[2] Paullini. — *Ephemerid. Nat. Curios.*, déc. 3, ann. 3, observ. 181, 1696, p. 313.

contre un mur, ou bien, si l'accès le prenait dans la rue, dans la campagne, il s'arrêtait tout à coup, immobile comme une statue. Au bout d'une heure, il tombait à terre, s'il n'était pas soutenu, poussait de profonds soupirs, versait des larmes et s'endormait. Pendant son sommeil, il transpirait beaucoup ; à son réveil, il se levait de fort bonne humeur, comme si rien ne s'était passé.

D'après Itard [1], Nicolas Becker aurait publié dans les *Ephémérides des curieux de la nature* le cas d'« une jeune fille qui, à la suite d'une *peur* causée par un orage, était forcée, durant ses *accès,* bien que maîtresse de ses sens, de courir le long des murs de sa chambre ».

Brescon, dans son *Traité* [2] fait une simple allusion au sujet qui nous occupe : « Il y a cependant, dit-il, des auteurs, dont l'un en a vu qui ne tombaient pas, un autre qui restaient debout, d'autres enfin *qui couraient.* »

Welsch [3] ne donne dans sa thèse aucune observation nouvelle d'épilepsie procursive, mais cite un cas qui aurait été rapporté, d'après un autre auteur, par Bootius et qui ne figure pas dans l'ouvrage de ce médecin que nous avons consulté : « A l'épilepsie associée à des phénomènes extraordinaires, se rattache aussi l'*epilepsia cursoria,* dans laquelle les malades courent d'ordinaire jusqu'à ce qu'ils tombent à terre. L'auteur cité par Bootius nous en fournit un exemple ; il s'agit d'un ouvrier forgeron qui, pris d'accès, *se mit à courir comme un fou, se précipita hors de l'atelier et mourut* (?). »

[1] *Ephemer. Natur. curiosor.*, déc. 1, observ. 71. — Citation empruntée au travail de Itard.

[2] Brescon (Pierre). — *Traité de l'épilepsie avec sa description, ses différences, ses causes,* etc., 1 vol. in-8. Bordeaux, 1742, p. 2.

[3] Welsch. — *De epilepsiâ.* Iena, 1719, p. 26-27.

Les cas de Sauvages [1] et de Gaubius, de Thilenius, de Wichmann, cités comme exemples de musculation involontaire ou de spasmes coordonnés, nous paraissent se rapporter plutôt à la paralysie agitante qu'à l'épilepsie procursive : tous ces malades étaient âgés de plus de cinquante ans. Les cas de J. Franck [2] et de J. Bernt [3] ne sont pas assez détaillés pour que l'on puisse aussi les ranger parmi les observations d'épilepsie procursive. Le cas de Sagar [4] est plus difficile à interpréter : « Vidi, dit-il, Virum vindobense ultra 50 annos natum qui invitus cucurrit, nec capax erat directionem mutandi vel deviandi obstacula qui simul ptyatismo laboravit. » — Caillau [5] a rapporté en 1797 le fait suivant :

Observation IV. — *Course, puis chute.*

Un citoyen, âgé de soixante-cinq ans, ne marchait pas, il courait, ayant l'air d'un homme qu'on poursuit et qu'on force à courir ; sa démarche était égale, quoique précipitée, élevant ses jambes alternativement d'une manière assez uniforme. Ce mouvement singulier, qu'il est impossible de bien caractériser, se prolongea durant tout l'intervalle qui existe entre 3-4 arbres de la plantation de Fourny. Ce citoyen arrêta enfin sa course ; mais, dans ce moment, il tomba au pied d'un arbre ; il

[1] Ces cas se trouvent rapportés sur le nom de Scelotyrbe festinans, danse de Saint-Guy précipitée.

[2] J. Franck. — *Traité de Pathologie interne*, trad. de Bayle. Paris, 1838, t. III, p. 336. — L'auteur dit en note avoir vu plusieurs fois des cas semblables à celui de Bootius. — Dans la note suivante, il cite un enfant de onze ans qui tournait en rond avant de tomber. — Voir aussi à l'article *Chorée*, p. 824, l'observation rapportée à la note 29.

[3] Bernt. — *Monographia sancti Viti.* Prague, 1810, p. 25.

[4] Sagar. — *Systema morborum symptomaticum.* Vindobenæ, 1763, pars II, p. 121.

[5] Caillau. — *Journal de santé et d'histoire naturelle*, par le citoyen Capelle. Bordeaux, vol. I, p. 118, an V.

n'en résulta d'autre blessure qu'une légère excoriation à la joue droite.

Deux spectateurs l'aidèrent sur-le-champ à se relever et à se traîner vers un des sièges de cette promenade; je m'approchai de lui et, lorsqu'il eut repris ses sens, je lui fis plusieurs questions, auxquelles il répondit avec beaucoup de netteté et de jugement. Il m'apprit qu'il n'avait éprouvé la première invasion de cette maladie, sur un grand chemin, que quelque temps après avoir été guéri de douleurs rhumatismales, qu'il en avait déjà ressenti plusieurs accès, que dans le moment de l'invasion *il éprouvait une violente démangeaison de prendre sa course, qu'il ne pouvait retenir cette ardeur, et qu'une chute terminait toujours cet accès.* Il demeura un quart d'heure assis, un citoyen l'aida ensuite à se conduire chez lui; je le suivis jusqu'au bout de la rue Sainte-Catherine; il s'arrêtait de temps en temps pour s'appuyer contre la muraille; le désir de précipiter ses pas ne l'aiguillonna point une seconde fois, car il pouvait à peine se traîner vers sa demeure.

Dans ce cas, il semble difficile de déterminer si l'on avait affaire à une *aura procursive* ou à un véritable accès d'épilepsie procursive, car l'auteur se borne à dire que la course se terminait par une chute, sans indiquer si, au moment de la chute il y avait ou non des convulsions. La description des phénomènes présentés par le malade ne laisse du reste aucun doute sur la nature épileptique de l'affection.

Au commencement de notre siècle, Hufeland[1] publiait dans son *Journal* une nouvelle observation d'épilepsie procursive.

Observation V. — *Accès spasmodiques à dix ans, guéris en peu de jours. — Nouveaux accès à treize ans : nonchalance; inappétence, difficulté de la parole; — course, parfois saut, sans perte de connaissance. — Traitement par les sels de zinc.*

C. D..., âgé de treize ans, d'une santé assez bonne, s'étant

[1] *Journal de Hufeland,* juin 1811, vol. XXXII, p. 88.

refroidi à l'âge de dix ans, avait été attaqué d'*accès spasmodiques* qui avaient été guéris en peu de jours. Depuis deux mois et demi environ, il était retombé malade. On remarqua d'abord chez lui de l'indifférence pour toutes choses et une si grande nonchalance qu'il lui répugnait de faire ce qu'il aimait le mieux. Cet état ne dura pas longtemps.

L'appétit disparut, la parole devenait quelquefois inintelligible, quelquefois il était incapable de prononcer certains mots. On observa des contractions de la face; au moindre effort pour les comprimer survenaient des mouvements involontaires de la mâchoire inférieure, des tressaillements dans le bras droit et dans le côté gauche du corps. La maladie s'exacerba ainsi de jour en jour, jusqu'à ce qu'elle occupât tout le corps. Lorsque l'enfant entra à l'hôpital, elle se caractérisait ainsi :

Regard fixe, timidité, grimaces, mouvement anormal des mâchoires et de la langue ; quelquefois parole embrouillée ou même impossible. Balancement de la tête, tressaillement des muscles du cou, et mouvements involontaires, anormaux, de tout le corps, en sorte que le malade ne pouvait rester quelques minutes seulement en repos, quelque effort qu'il fît. *Souvent il était obligé de courir rapidement d'une place à une autre*, sans pouvoir se retenir, d'autres fois de sauter. Il savait parfaitement ce qu'il faisait, et il pouvait de même se rappeler le passé. Toutes les fonctions étaient d'ailleurs peu troublées, à l'exception de l'appétit.

Depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, le malade ne reçut que du *zinc*, d'abord l'oxyde de zinc, 5 centigrammes trois fois par jour ; puis, au bout de trois jours, la même dose une seule fois par jour. Aucune amélioration ne se faisant remarquer au bout de deux jours, on augmenta la dose, qu'on porta progressivement jusqu'à 40 centigrammes : l'amélioration fut sensible. Après quinze jours de traitement, les mouvements involontaires avaient entièrement disparu ; il ne restait plus qu'un peu de difficulté à mouvoir le bras gauche et un peu de bégaiement. La dose fut portée à 80 centigrammes, mais il éprouva des malaises qui forcèrent à redescendre à 60 centigrammes. Au bout de huit jours, l'état du bras s'était aussi amélioré : il ne restait plus que le bégaiement. On remplaça alors le zinc pur par le sulfure de zinc, 10 centigrammes par jour en solution aqueuse, à doses ascendantes. Arrivé à 30 centigrammes par jour, cinq semaines après le

commencement du traitement, le malade fut parfaitement guéri.

Cette observation paraît plutôt appartenir à un cas de chorée; seuls la *course* et le *saut* ne s'accordent pas avec les phénomènes ordinaires de la chorée et sont susceptibles d'être rattachés à l'épilepsie procursive. Il est difficile de se prononcer et le doute est légitime. Quelques années après cette publication, Lau[1] consignait dans le même recueil le fait ci-après.

Observation VI. — *Enfant de quinze ans. — Courses.*

Henri S..., âgé de quinze ans, a souffert pendant la dentition de *spasmes*, d'éruption à la tête, de vers, et surtout de scrofules. Les glandes abcédèrent, à l'âge six ans, guérirent très lentement et laissèrent au cou d'assez grandes cicatrices. A dix ans, il fut pris d'une fièvre nerveuse; à quatorze ans, à l'exception des vers, sa santé était assez bonne; mais exposé aux intempéries des saisons, il se plaignait de douleurs dans les membres, auxquelles une fièvre se joignit plus tard, les douleurs dans les membres cessèrent, et il se crut parfaitement guéri. La maladie avait en effet disparu, mais pour revenir huit jours après, sous une forme dangereuse, sous celle de *spasmes* dans le bras et dans le pied gauche, légers d'abord, plus violents ensuite, en sorte que, le 18 février 1822, il fut obligé d'entrer à l'institut clinique de Berlin. Voici quel était son état :

Taille élancée, air de santé, mouvements précipités et anxieux, pouls petit, contracté, spasmodique ; respiration un peu embarrassée ; parole bégayante, incompréhensible, à peine perceptible ; le malade ne pouvait tenir en repos la langue qui lui sortait de la bouche ; mais il était obligé de la remuer involontairement de droite à gauche, en avant, en arrière ; le bras et le pied du côté gauche ne discontinuaient non plus de remuer. Voulait-il prendre quelque objet avec la main, c'était toujours par un mouvement circulaire qu'il y parvenait, et s'il

[1] Lau. — *Hufeland's Journal*, vol. L, vii, décembre, p. 61, 1823.

le tenait pendant quelque temps, il le laissait bientôt échapper involontairement. En marchant, il décrivait toujours un arc avec le pied gauche, tournant le poing en dehors, et, debout, il lui était absolument impossible de le tenir en repos ; il ne cessait de l'agiter. Au dire de la mère, ces mouvements convulsifs étaient par moments si violents, que le bras était surtout violemment soulevé, puis retombait, absolument comme pour atteindre un objet élevé. Dans cet état, le globe gauche de l'œil, disait-elle, roulait dans son orbite, agité d'un mouvement convulsif, la tête se penchait du côté gauche, *le malade courait du haut en bas de l'escalier et remontait à pas très précipités*, ne pouvant, dans sa hâte, régler ses mouvements. Si on le maintenait fortement, les mouvements se changeaient en tressaillements, et le malade était en proie à une grande agitation anxieuse. Cet état, du reste, n'était accompagné d'aucune espèce de malaise ; le malade riait, était sobre de paroles, mais il possédait sa connaissance. Au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure de *paroxysmes*, les mouvements convulsifs s'affaiblissaient et ils finissaient par se changer en simples tressaillements des muscles du bras et du pied du côté souffrant. Ce tressaillement ne le quittait jamais cependant, non plus que le tremblement de la langue, et la parole était toujours incompréhensible. Toutes les autres fonctions étaient normales, et les muscles du côté droit parfaitement soumis à la volonté.

L'intelligence et la mémoire étaient très faibles chez ce jeune homme. Le rhumatisme supprimé fut regardé comme la cause de la maladie. On administra l'extrait d'aconit et de gayac comme sudorifique sous la forme de poudre, après avoir administré d'abord un laxatif de *calomel* et *jalap* et un *électuaire anthelmintique*. Le malade ne rendit pas de vers ; le sudorifique fut continué, depuis le 21 février jusqu'au 20 mars, à doses ascendantes ; il parut un exanthème miliaire et des furoncles au bras et au dos, et la guérison s'ensuivit.

Cette observation, qui se rapproche de la précédente, nous paraît concerner un cas de chorée avec accidents procursifs concomitants. Nous l'aurions même écartée s'il ne nous avait paru intéressant de la mettre en regard de celle d'Hufeland et de montrer combien il

est parfois difficile, par suite de renseignements incomplets, et d'un examen insuffisamment prolongé, de porter un diagnostic précis.

Les *Archives générales de médecine* ont inséré en 1825 un travail très intéressant d'Itard[1] contenant un très grand nombre d'observations. Parmi elles, deux peuvent se rapporter à l'épilepsie procursive.

Observation VII. — *A cinquante ans, course sans perte de connaissance; abattement, sueur et sécrétion abondante d'urine consécutifs. Nouveaux accès procursifs.*

Un homme de cinquante ans était en voyage et venait de quitter sa chaise de poste pour faire quelques minutes d'exercice à pied, quand, *tout à coup, il sentit que le mouvement de ses jambes s'accélérait malgré sa volonté et que ce mouvement rapide, qui l'entraînait droit devant lui*, l'écartait de la direction du chemin qui faisait un détour en cet endroit, et se trouvait d'un côté bordé de précipices. La terreur que lui causait un mouvement si extraordinaire et le danger visible qu'y ajoutaient les localités le frappaient vivement; il voyait bien, ainsi qu'il le racontait lui-même, fort plaisamment, qu'il courait à sa perte; mais, *poussé par une force supérieure à sa volonté, il ne pouvait ni s'arrêter, ni se détourner, ni se jeter par terre*, ainsi qu'il en eut successivement l'idée. Heureusement qu'après avoir franchi diagonalement la partie tournante du chemin à quelques pouces du précipice, il se trouvait en suivant toujours la même direction courir parallèlement à la route, ce qu'il aurait pu faire sans danger pendant plusieurs minutes. Mais presque aussitôt, l'*accès*, après avoir duré à peu près deux minutes en tout, se termina sans autre circonstance notable qu'un *grand sentiment de faiblesse, une sueur générale et une sécrétion abondante d'urine*. Quelques heures après, il n'éprouvait plus le moindre ressentiment.

Deux nouveaux accès, peu de temps après, à un intervalle de quelques semaines, lui survinrent dans les promenades

[1] Itard. — *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix.* (*Archives générales de médecine*, 1825, 3e année, t. VIII, p. 385-407.)

publiques; il resta, malgré l'usage des sangsues (tous les mois douze au fondement), des bains de gélatine, de ventouses *sèches* le long de l'épine, de la valériane en poudre à la dose de deux gros par jour, dans le même état, conservant toutes ses forces et ses facultés mentales.

OBSERVATION VIII. — *Homme de soixante ans, sujet depuis quelque temps à des vertiges. — Course sans perte de connaissance. — Hébétude consécutive; trois jours après, embarras de la parole. — Mort le sixième jour après deux nouvelles attaques convulsives.*

M. de la F., âgé de soixante ans environ, ayant le cou assez court, mais peu d'embonpoint et le visage peu coloré, m'entretint, dans un dîner, fort au long, de *bourdonnements d'oreille, d'étourdissments* auxquels il était sujet depuis quelque temps. Huit ou dix jours après cet entretien, par une température très froide à l'ombre et brûlante au soleil (c'était en mai 1819), ayant passé quelque temps aux Tuileries, immobile et exposé au soleil sous les fenêtres du roi, il fut pris d'un de ces étourdissements qu'il éprouvait depuis quelque temps. Il cherche à le dissiper en se dirigeant vers un banc pour y reposer quelques instants. Remis incomplètement de cette indisposition, il se lève pour quitter le jardin et rentrer chez lui. Mais, après avoir fait quelques pas pour gagner doucement la grande allée, il s'aperçoit que *sa marche s'accélère malgré lui et qu'il lui est impossible, soit de la ralentir, soit de la diriger ou de s'arrêter.* Ainsi poussé devant lui, *plutôt courant que marchant*, avec la parfaite connaissance de son état, du danger immédiat qu'il lui faisait courir, et de la curieuse attention dont il était devenu l'objet ; il était parvenu non loin du grand bassin où il se serait infailliblement jeté, s'il n'eût été reconnu par un de ses amis attiré par la foule dont il commençait à être suivi. Cet ami vint à lui, le saisit dans ses bras, le conduisit avec beaucoup de peine sur une chaise, et, après quelques moments, dans une voiture de place. Arrivé chez lui, le malade put, quoique fort lentement, monter à son appartement, diriger à sa volonté le mouvement des jambes, mais qu'il sentait et qu'on voyait manifestement être faibles et tremblantes. Il lui restait aussi beaucoup d'*abattement moral* ou plutôt de cette *torpeur stupide qui succède aux violents accès d'épilepsie.* Elle était dissipée le lendemain. Le troisième jour, la parole s'em-

barrassa; le sixième, le malade succomba après deux courtes attaques de convulsions. Le cadavre ne fut point ouvert.

Serres[1] parle, à propos des maladies de la protubérance, de deux hommes observés l'un en 1822, l'autre en 1825, qui, « au moment de l'attaque ressentirent une douleur des plus vives, poussèrent des cris et coururent devant eux comme pour éviter un grand danger. Ils tombèrent au bout de cent pas environ. Chez tous les deux, la tendance à se porter en avant avait été spontanée. A l'autopsie, chez tous les deux aussi, on constata que la protubérance avait été détruite dans toute sa profondeur ».

Les trois cas de Toulmouche[2] cités par Roth dans son chapitre sur la *Musculation irrésistible*, ne nous paraissent pas se rapporter à l'épilepsie procursive et nous les laissons de côté. Semmola[3] a relaté, en 1834, sous le nom d'*epilepsia dromica* et *trochaica*, l'histoire d'un malade atteint d'épilepsie procursive.

Observation IX. — *Début des accès procursifs à onze ans. — Aura. — Courses en ligne droite avec perte de connaissance. — Transformation de ces accès en accès ordinaires.*

Un jeune homme de vingt-six ans, né de parents sains, d'une constitution très irritable, fut attaqué dans sa onzième année, d'une forme particulière de convulsions, dont les accès avaient lieu tant le jour que la nuit. Il poussait des cris violents et perdait subitement connaissance. Puis il se mettait à *courir en ligne droite devant lui avec une rapidité incroyable*,

[1] Serres. — *Anatomie comparée du cerveau*, t. II, p. 634. Paris, 1828.

[2] Toulmouche. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1833, vol. II, p. 371.

[3] Semmola. — *Sopra due mallatie non ancora descritta* (c'est du moins ce que croyait l'auteur). Napoli, 1834, p. 6. — Nous n'avons pu trouver cette brochure; mais Roth, puis Berger ont publié l'observation complète.

ne se détournant ni à droite ni à gauche, et ne se laissant arrêter par aucun obstacle, à moins qu'il ne fût insurmontable. Il arrivait quelquefois que, saisi d'un paroxysme au pied de l'escalier, il montait en ligne droite avec une rapidité incompréhensible. Si on ne l'arrêtait pas, il courait ainsi pendant quelques secondes à la distance de vingt ou trente pas. Alors il restait tout à coup tranquille, la connaissance lui revenait; son visage se colorait d'un rouge vif, il ne se rappelait pas de ce qui s'était passé, seulement il prétendait avoir ressenti, peu de temps avant la perte de connaissance, une bouffée de chaleur lui montant des pieds à la tête, le long de la colonne vertébrale.

Pendant sept ans, les accès se renouvelèrent une ou deux fois par jour à des intervalles irréguliers, après quoi la maladie changea de forme. Au début de l'accès, le malade tombait à terre, se roulait en ligne droite dix ou douze pas autour de son axe longitudinal, au milieu de cris continuels et avec perte complète de la connaissance. Le malade n'est pas encore guéri. Les paroxysmes de cette dernière forme reviennent plus fréquemment la nuit, et il se passe peu de jours sans qu'ils se renouvellent. Tous les médicaments employés ont échoué.

Cette observation, des plus intéressantes, peut être approchée de celle de Grand... (voir t. XIII, p. 323): même course rapide en ligne droite, même fréquence des accès, puis même transformation de l'épilepsie procursive en épilepsie ordinaire, enfin même insuccès des divers traitements employés[1].

Nous devons citer maintenant une observation de Bérard aîné[2], concernant un malade atteint de *phéno-*

[1] Le professeur Semmola, dans une lettre qu'il nous adressa à ce sujet le 28 mai 1882, paraît ignorer complètement la publication que fit son père de cette affection. « J'ai fait allusion, dit-il, dans une leçon clinique, à cette espèce d'épilepsie propulsive, en soutenant qu'il n'y avait pas lieu de considérer cette forme clinique comme appartenant à l'épilepsie. »

[2] Bérard aîné, citation d'Olivier d'Angers, *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 143. Paris, 1847.

mènes procursifs ayant précédé de cinq heures le décès. L'autopsie qui l'accompagne en fait surtout l'intérêt.

Observation X. — *Course, puis chute avec perte de connaissance. — Hémorrhagie protubérantielle.*

Un homme étant à travailler se plaint tout à coup d'un bourdonnement d'oreilles. Quelques instants après, une douleur vive lui arrache des cris, *il se met à courir comme pour échapper au danger qui le menace*, tombe bientôt, et présente les symptômes qui suivent : perte complète de connaissance; immobilité sans dilatation des pupilles, qui sont égales en diamètre; immobilité du globe de l'œil; bouche entr'ouverte, et sans torsion apparente; quelques mouvements dans la langue sans déviation permanente de sa pointe. Mouvements respiratoires fréquents, irréguliers, par moments stertoreux. Les ailes du nez se contractent convulsivement avec les muscles de la respiration. Deux fois il y a eu éternuement violent, pendant lequel le malade, qui était couché sur le dos, s'est courbé en avant. Les membres sont dans un état de roideur qu'on peut surmonter assez facilement. Cette contraction, pendant laquelle les bras sont contournés dans la rotation en dedans et les pouces fortement fléchis, n'est pas entièrement permanente. La contraction des muscles du cou n'est pas non plus assez énergique pour empêcher la tête d'obéir aux lois de la pesanteur. Les seuls signes de la sensibilité générale furent un mouvement convulsif du bras droit au moment où l'on pinça la peau de ce membre, et un mouvement semblable au moment où l'on incisa les téguments en pratiquant une saignée. Le malade succomba cinq heures après l'invasion des premiers accidents, et ne fut pas observé pendant les deux dernières heures. — A l'examen du cadavre, on trouva la protubérance cérébrale changée en une poche remplie de sang en partie coagulé et mêlé à quelques débris de substance nerveuse ramollie et colorée par ce liquide.

De cette observation, nous ne retiendrons, pour l'instant que, les *phénomènes procursifs* qui paraissent avoir été occasionnés par l'*hémorrhagie protubérantielle;* nous aurons lieu plus tard, au chapitre de l'*Anatomie*

pathologique, de revenir sur ce cas et de l'interpréter. En 1855, M. Moynier[1] dans sa thèse inaugurale, donne une observation d'une malade épileptique présentant une aura procursive.

OBSERVATION XI. — *Fille âgée de dix-sept ans. — Mère et tante maternelle épileptiques. — Vertiges et mouvements convulsifs dès l'enfance, puis accès. — Aura procursive. — Chorée.*

B... (Louise-Laurence), née à Paris, âgée de dix-sept ans. Ayant perdu sa mère à l'âge d'un an et demi, a été élevée par les sœurs de Notre-Dame. On nous raconte que déjà elle avait des mouvements nerveux dans les lèvres ; dès sa plus tendre enfance, elle a eu des étourdissements ; on fut obligé de la placer à l'Enfant-Jésus ; là, ses étourdissements ou plutôt ses vertiges ont augmenté ; elle perdait connaissance, poussait de grands cris, mais c'est à cette époque que les personnes qui prenaient soin de cette jeune fille font remonter ce qu'elles appellent le grand mal. L'enfant pousse un cri aigu, perd connaissance, s'agite un instant, puis ses membres deviennent le siège de fortes secousses. Ces accès ont une certaine intensité; avant qu'elle fût réglée, elle n'avait ses attaques qu'une fois par mois ; elles se renouvelaient pendant deux ou trois jours ; mais depuis que ses règles sont établies, les attaques sont plus fréquentes ; d'abord tous les huit jours, puis une, deux ou trois fois par semaine ; enfin, depuis deux mois, c'est-à-dire depuis l'apparition d'accidents choréiques qui constituent aujourd'hui l'élément dominant de la maladie, ses accès se montrent tous les jours ou même plusieurs fois par jour. La malade dit qu'elle est prévenue de la prochaine arrivée d'une attaque par un *sentiment irrésistible qui la pousse à courir; elle fait alors plusieurs fois le tour de la salle, pousse des cris, comme si elle cherchait à éviter un danger, ou comme si elle était poursuivie.* Elle ne peut nous expliquer les sensations qu'elle éprouve dans ces moments. Toujours est-il que cette sorte d'aura est un avertissement pour les personnes qui la surveillent et qui peuvent ainsi se rendre auprès d'elle afin de prévenir une chute qui pourrait être dangereuse. Ces acci-

[1] Moynier. — *De la chorée,* observ. IV, p. 27, 1855.

dents d'ailleurs surviennent sans cause occasionnelle. Après l'accès, elle éprouve du malaise et de la courbature.

Depuis deux mois, une nouvelle affection s'est montrée. Le 8 décembre 1850, la jeune B..., après une nuit assez tranquille s'est réveillée agitée par un *tremblement choréique* occupant plus spécialement certaines parties du corps. Pendant les jours qui ont précédé cet accident, elle a eu très souvent ses accès, ses idées étaient troublées, elle travaillait moins bien que d'habitude. La journée du 7 décembre s'était passée sans rien de remarquable ; la nuit avait été calme ; à son réveil, la malade s'est trouvée toute drôle (c'est son expression), son bras gauche ne pouvait rien saisir avec précision, tous les mouvements étaient irréguliers, involontaires ; au dire de la malade, le membre gauche était refroidi, surtout les doigts ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle éprouvait dans ce membre une sensation de froid.

Les secousses se sont étendues rapidement à tout le côté gauche de la face et du corps ; pendant huit à dix jours, les accidents se sont bornés là ; puis la jambe droite a été prise, enfin le bras et tout le côté droit ont été agités à leur tour ; mais les accidents ont été toujours plus intenses du côté gauche que du côté droit. Et maintenant encore (trois mois après le début) on constate une différence entre les accidents des deux côtés du corps. La maladie a fait de rapides progrès ; tous les membres sont agités de mouvements désordonnés, tous les muscles sont le siège de contractions irrégulières ; la marche est gênée, difficile, saccadée ; aussi la malade reste-t-elle ordinairement assise ; les mains saisissent les objets avec difficulté. Si on se fait serrer la main par la malade, on sent qu'elle ne le peut pas faire d'une manière uniforme ; les mouvements sont saccadés ; par moments, les doigts n'obéissant plus du tout à la volonté, elle ne peut pas serrer du tout ; la parole est brève, saccadée, quelquefois impossible ; les lèvres, les paupières, la face, en un mot, sont toujours grimaçantes ; les fonctions de nutrition se font bien ; cependant la maigreur est extrême.

Il n'y a rien de régulier dans la marche de la chorée ; certains jours, la malade est tranquille ; dans d'autres, elle est très agitée, cela sans cause appréciable. Les *accès d'épilepsie* n'ont aucune influence sur la danse de Saint-Guy et réciproquement. Depuis l'apparition de la chorée, l'épilepsie ne s'est

en rien modifiée; la menstruation a été supprimée, malgré toute espèce de remède depuis deux époques.

L'épilepsie et peut-être la chorée trouvent chez cette enfant une cause dans l'hérédité. Sa mère était épileptique, et, au rapport d'une de ses tantes, elle aurait eu des mouvements irréguliers des muscles de la face et des membres. Une de ses tantes, du côté de sa mère, a eu aussi des attaques d'épilepsie.

Quant aux causes de la chorée, M. Bastien, à qui est due l'observation, se demande si elles tiennent aux accès plus fréquents d'épilepsie, à la suppression des règles; ou si la difficulté de la menstruation serait au contraire causée par ce nouvel élément morbide; ou si tous ces accidents ne sont là que comme coïncidence. — Tous les traitements ont échoué contre l'épilepsie et aussi contre la chorée. A la fin de l'année 1851, la jeune fille n'avait encore éprouvé aucune amélioration.

L'*épilepsie* s'accompagna ici de *chorée* qui ne survint que longtemps après le début des accès épileptiques. Cette observation nous fournit un bel exemple d'accès précédés d'une aura procursive. — Le cas suivant a été publié par Romberg[1] dans son *Traité des maladies nerveuses*.

Observation XII. — *Homme de soixante-onze ans. — Céphalalgies et vertiges. — Hémiplégie gauche. — Accès procursifs de plus en plus fréquentes; mort. — Hémorrhagie de la capsule interne avec irruption dans le ventricule latéral gauche.*

Un homme de soixante-onze ans, qui avait souffert auparavant de maux de tête et de vertiges; et qui, déjà une fois, était tombé sans connaissance au milieu de la rue, éprouva au mois de juillet 1836 une nouvelle attaque de paralysie du côté gauche de la face avec perte du sentiment de la jambe gauche, et, bientôt après, il ressentit une grande *propension du corps à se précipiter en avant*. Pour mieux l'observer, le docteur Friedheim

[1] Romberg. — *Lehrbuch der Nervenkrankeiten der Menschen; Der Lehre der Motilität-Neurosen*, p. 630, *Schwindelbewegungen mit Impuls nach der Längenaxe*. I, *Nach Vorn*. Berlin, 1857.

l'accompagnait souvent à la promenade. Ils marchaient paisiblement l'un à côté de l'autre pendant cinq ou dix minutes, puis le malade hâtait tout à coup le pas, et il finissait par *être saisi d'un si violent accès de propulsion* qu'il fallait s'empresser de le saisir et le contenir avec force.

Dans les derniers mois de sa vie, le malade eut des accès beaucoup plus fréquents, même en se promenant dans la chambre, et il raconta, ce que ses parents confirmèrent, que si au moment où il perdait l'équilibre, il voulait saisir un objet pour se retenir, comme par exemple un arbre, il devait encore *tourner involontairement* deux ou trois fois autour après l'avoir saisi. Il mourut le 24 mars 1837.

Autopsie. — A l'examen du *cerveau* fait par M. Henle, on trouva la substance cérébrale solide, compacte, gorgée de sang, et dans le ventricule latéral gauche, un épanchement assez considérable d'un sang noir, coagulé, qui avait pénétré de l'hémisphère voisin par une déchirure pratiquée entre les couches optiques et les corps striés. Le *corps strié* droit présentait une excavation longitudinale étroite, revêtue d'une membrane brun foncé et entourée de substance cérébrale un peu dure. Le réseau vasculaire à la base du cerveau était en grande partie incrusté.

Ce cas, comme le précédent, est surtout intéressant en raison de l'autopsie qui l'accompagne. Nous citerons encore, parmi les observations parues dans la première moitié de notre siècle, c'est-à-dire durant une période où l'on considérait les accidents que nous étudions comme appartenant à la *chorée*, le cas de Salgues (de Dijon)[1].

Observation XIII. — *Début à trois ans et demi. — Accès procursifs fréquents et quotidiens. — Traitements divers.*

Une petite fille de trois ans et demi, à la suite d'une vive frayeur, fut frappée des accidents propres à la chorée. A neuf

[1] Salgues. — *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1827, p. 168.

ans, cette maladie n'avait point cessé. Elle n'avait été suspendue, pendant cette période de plus de cinq ans, que pendant six mois, suspension, d'ailleurs, dont la cause est restée inconnue. La chorée de cette enfant était généralement caractérisée par des *mouvements précipités qui l'entraînaient violemment à courir*, la malade ne s'arrêtait que lorsque ses jambes se croisant, rendaient ainsi toute locomotion impossible. Alors elle se renversait fortement en arrière, puis en avant, imitant parfaitement l'inclinaison que donnent au torse l'opistothonos et l'emprosthotonos. Ces phénomènes morbides se présentaient sous la forme de courts *accès*, revenant un grand nombre de fois dans la journée, et dans l'intervalle desquelles les membres étaient souvent un peu agités.

Cette affection avait été combattue jusqu'alors à l'aide de la *valériane*, de l'*oxyde de zinc*, de quelques *purgatifs*, et des *bains froids;* le tout en vain. Lorsque la jeune malade entra à l'hôpital de Dijon, on tenta derechef l'oxyde de *zinc à dose perturbatrice*, puis les *affusions froides* dans toute la longueur du rachis; puis les *bains de Barèges*, secondés de *frictions narcotiques* et *éthérées* sur l'épine dorsale; le tout sans succès. *Deux forts purgatifs*, répétés coup sur coup, ne réussirent pas mieux. Enfin, en désespoir de cause, M. Salgues eut recours à l'*émétique à haute dose;* chaque jour, pendant huit jours, l'enfant prit trente centigrammes de tartre stibié en potion. La première dose décida une très forte perturbation avec vomissements et diarrhée abondante. Les autres, parfaitement tolérées, ne produisirent aucun effet apparent, si ce n'est de l'anorexie et la cessation complète de tous les accidents caractéristiques de la chorée. Le quatrième jour de cette médication on posa dix *sangsues* sur les parties latérales du cou, dans le but de détruire une légère *hypérémie encéphalique*. Le résultat en fut bon, et, finalement, la malade est aujourd'hui parfaitement guérie.

Les phénomènes observés ne permettent pas de conclure avec l'auteur que sa malade était atteinte de chorée. La longue durée de la maladie, les accès procursifs fréquents, les accidents tétaniformes qui les accompagnaient, la rémission même observée, etc.,

parlent en faveur de l'épilepsie procursive. Nous ajouterons qu'il serait téméraire de croire avec Salgues à la guérison de sa malade ; l'observation sous ce rapport est absolument incomplète.

Nous ne pouvons que mentionner l'observation de Roth ; l'auteur n'a pas observé sérieusement le malade qu'il n'a jamais interrogé et qu'il avait eu seulement l'occasion de voir dans la rue. Sa description d'ailleurs écourtée ne permet guère d'en tirer des conclusions certaines.

Dans la seconde moitié de ce siècle, les phénomènes procursifs sont de nouveau considérés par tous les auteurs comme relevant de l'épilepsie. Voici d'abord un cas de Trousseau [1].

Observation XIV.

Il s'agit d'un architecte de Paris, qui, épileptique depuis longtemps, ne craint pas de monter sur les échafaudages les plus élevés des maisons en construction. Il n'ignore point cependant que ses accès se sont déclarés souvent alors qu'il marchait ainsi sur des planches étroites, situées à une assez grande hauteur. Jamais il ne lui est arrivé d'accident. Au moment de sa crise, on le voit *courir précipitamment* sur les échafaudages, prononçant ou plutôt criant son nom d'une voix haute et brève. Un quart de minute après, il reprend son travail, se remet à parler à ses ouvriers, à leur donner ses ordres; mais si on ne le lui disait, il n'aurait aucune idée de l'acte singulier auquel il vient de se livrer.

Ce cas appartient incontestablement à l'épilepsie procursive ; il est généralement considéré par les auteurs modernes comme étant le premier exemple connu

[1] Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* 4e édition, 1873, t. II, *épilepsie*, p. 112.

de cette forme de l'épilepsie. M. Hammond[1] relate deux observations dans son *Traité*.

Observation XV. — *Accès ordinaires d'épilepsie. — Accès procursifs accompagnés parfois de sauts ou de rotation et d'un cri inarticulé particulier.*

J. H..., atteint d'épilepsie, vint me consulter dans l'été de 1869. Les accès habituels étaient parfaitement développés, mais dans deux circonstances ils présentèrent un tout autre caractère. Une première fois on le vit, pendant qu'il surveillait ses ouvriers, porter la main à la tête et *prendre ensuite subitement sa course vers une haie*, au-dessus de laquelle il sauta avec légèreté. Après avoir franchi cet obstacle, il se trouva dans l'arrière-cour d'une maison voisine de la sienne, il y prit un bâton et frappa avec violence à la porte et aux fenêtres. Tandis qu'il se livrait à ce singulier exercice, il fut surpris par plusieurs hommes, saisi et maintenu malgré les efforts désespérés qu'il fit pour se dégager. Il était encore entre leurs mains quand il revint à lui, mais il ne se souvenait de rien de ce qui s'était passé après qu'il avait porté les mains à sa tête; ce geste avait été provoqué, suivant lui, par une douleur violente, accompagnée de vertige. La durée de cet accès n'avait pas dépassé trois minutes.

Dans une autre circonstance, il avait été pris de douleurs et de vertige, pendant qu'il était en train de payer une note à un marchand de charbon. Il se précipita dans la rue et commença à tourner rapidement sur lui-même. Il fut saisi et maintenu jusqu'à ce qu'il reprit sa connaissance. Cette attaque dura environ quatre minutes.

Outre cet accès, il en eut un autre semblable dans mon cabinet de consultation. Il devint subitement très pâle, son regard fixe, et ses pupilles oscillèrent. Il se leva soudain de sa chaise, saisit un instant le rebord de la cheminée, et puis *se mit à courir en tous sens* dans mon cabinet en agitant les bras, et en poussant un cri inarticulé tout particulier. Je me gardai bien de l'arrêter dans sa *course précipitée*, et en moins de deux minutes il se calma. Pendant toute la durée de cet accès, sa

[1] Hammond. — *Traité des maladies nerveuses;* traduction française, 1876, p. 785.

face était pâle, et à la fin les pupilles étaient dilatées. Il ne se rappelait rien de ce qui était survenu après qu'il s'était levé de sa chaise, mais il se souvenait cependant avoir été pris de vertige à ce moment-là.

Dans ce cas, le malade avait des *accès ordinaires* et des *accès procursifs*, ceux-ci accompagnés parfois de sauts et de mouvements rotatoires, tous phénomènes qui se trouvent parfois associés dans ces sortes d'accès. Le cri inarticulé sur lequel l'auteur ne s'appesantit pas pourrait peut-être être attribué, comme chez Grand..., malade dont nous rapportons l'histoire plus loin, à un tremblement des lèvres. (Obs. XVII, p. 27.)

Observation XVI. — *Epilepsie procursive sans accès ordinaires. Courses inconscientes.*

Dans un autre cas, il s'agissait d'une petite fille amenée à ma clinique de l'hôpital Bellevue pendant l'été de 1869. Elle venait de faire une chute et s'était violemment contusionné le crâne contre un tas de vieille ferraille. A la suite de cet accident, les os de la voûte cranienne furent atteints de nécrose et une partie de la table externe fut éliminée par exfoliation.

Les parents nous racontèrent que, pendant qu'elle était à l'école, elle se dressait subitement sur ses pieds et faisait plusieurs fois le tour de la classe. Elle n'avait pas sa connaissance et semblait absolument insensible à tout ce qui se passait autour d'elle. Dès que l'accès était passé, elle retournait à sa place. La durée de l'attaque n'excédait pas une minute et il n'y avait ni excitation ni délire.

Cette seconde observation de M. Hammond est un cas d'épilepsie procursive pure; il aurait été intéressant de suivre cette malade, d'avoir une description plus précise des caractères de l'accès et de savoir si ses accès se seraient par la suite modifiés.

Dans son article sur l'*épilepsie*[1], M. Nothnagel, après avoir fait remarquer que « quelquefois les convulsions manquent entièrement et sont remplacées par des *mouvements ambulatoires* et des *courses* », cite brièvement un cas d'épilepsie procursive: « J'ai eu moi-même, dit-il, en traitement un malade chez lequel, au lieu des paroxysmes ordinaires, on notait des accès qui commençaient et finissaient par une course dans la chambre dont le malade n'avait pas conscience. Je ne puis m'empêcher d'exprimer que dans ces cas, il ne s'agit pas d'une épilepsie idiopathique, mais d'une forme sympathique qui reconnaît pour cause de grossières lésions anatomiques du cerveau. »

Nous aurons lieu de citer plus loin, aux chapitres III, IV, VI et VII, un certain nombre d'autres observations qui, selon nous, ne se rapportent qu'indirectement à l'*épilepsie procursive*[2], telles sont, entre autres, quelques-unes de celles publiées par O. Berger dans sa thèse sur la *Pathologie des états épileptoïdes*, celle plus récente suivie d'autopsie, et que M. Meschede a insérée dans les *Archives de Virchow* (1880). — Nous aurons également à parler incidemment sans nous y arrêter lon-

[1] Nothnagel. — *Epilepsie und Eklampsie. Vertigo. (Handbuch der speciellen Pathologie und Terapie* de *Ziemssen*, Bd. XII, 1877.— *Krankheiten der Nervensystems*, 4, 2.) *Unregelmässige Formen der Anfälle*, p. 241.

[2] La quatrième observation de Cheneau, que MM. Sandras et Bourguignon classent parmi les vertiges épileptiques, et qu'ils rapprochent des observations d'Itard, n'appartient pas au groupe de l'épilepsie procursive; il s'agit là d'un épileptique ordinaire. (Sandras et Bourguignon. *Traité pratique des maladies nerveuses*, 2e édit., t. 1, p. 278, 1860. — Cheneau. *Recherches sur le traitement des maladies nerveuses*, 1844, p. 32.)

guement de quelques autres phénomènes impulsifs, mouvements de manège, mouvements de rotation, observés également sur des sujets épileptiques, actes difficiles encore à classer et qui ne pourront l'être qu'à la suite d'une longue série d'observations suffisamment prolongées et appuyées sur de nombreuses autopsies. Peut-être y aurait-il lieu d'admettre ici d'autres formes d'épilepsie, par exemple, l'*épilepsie rotatoire*, etc.

II. Epilepsie procursive proprement dite.

L'historique qui précède a pu déjà donner une idée de ce que nous entendons par *épilepsie procursive*. Nous allons maintenant donner quelques exemples de cette maladie; les descriptions que nous placerons sous les yeux de nos lecteurs leur permettront de se rendre un compte plus exact de cette forme d'épilepsie. Le premier exemple concerne un malade atteint déjà depuis longtemps de nombreux accès épileptiques quotidiens à type procursif.

Observation XVII. — Epilepsie procursive.

Père neurasthénique, sujet à des céphalalgies. — Grand'mère paternelle morte apoplectique (hémiplégie gauche), neurasthénique, migraineuse, tremblement choréiforme de la tête vers trente ans. — Deux oncles peu intelligents. — Aïeule maternelle aliénée. — Demi-frère mort de méningite. — Sœur morte phtisique.

Peurs de un à quatre ans. — Début des accès procursifs à treize ans. — Perversité des instincts. — Héméralopie. — Cauchemars. — Aura. — Description des vertiges et des accès. — Rixes, évasions et vols nombreux. — Onanisme. — Pédérastie. — Dernière évasion : vagabondage, tentative de vol. — Arrestation.

— Condamnation à un an et un jour d'emprisonnement. — Démarches nombreuses faites auprès du préfet de police, du ministre de la justice, du ministre de l'intérieur, du président de la République, du procureur général, pour faire sortir le malade de prison.— Insuccès complet. — Réintégration dans le service à l'expiration de sa peine. — Traitement: Hydrothérapie, aimant, nitrate de pilocarpine.

Grand... (Charles), né le 20 novembre 1860, est entré à Bicêtre le 2 mai 1881 (service de M. Bourneville).

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère et son grand-père paternel.* (6 mai 1881.) — *Père*, quarante-huit ans, cordonnier, de petite taille, « faible de tête », se tourmente pour les choses les plus insignifiantes, n'a pas de caractère, jouit d'une bonne santé ; il aurait eu, de l'âge de treize ou quatorze ans à quarante-six ans, des maux de tête fréquents et violents accompagnés de bourdonnements d'oreilles, mais sans vomissements, ni vision colorée; il n'est ni colérique, ni alcoolique. [*Père*, soixante-dix-sept ans, homme de peine ; pas d'excès de boisson, pas de migraine. — *Mère*, morte à l'âge de soixante-dix-neuf ans, en douze jours, d'une *attaque d'apoplexie* avec hémiplégie gauche ; elle aurait été très nerveuse, très impressionnable : impatiences, colères, *migraines* (céphalalgie violente avec vomissements glaireux) ; *tremblement de toute la tête* vers trente ans augmentant par les émotions. Deux *frères:* l'un est bien portant; l'autre *tremble des mains* (cinquante ans)[1], pas d'excès de boisson ; tous deux sont médiocrement intelligents ; pas d'enfants. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de difformés, pas de suicides, pas de criminels dans la famille.]

Mère, cinquante-six ans, brune, de taille moyenne, bien portante, ni migraineuse, ni nerveuse, mariée une première fois à dix-sept ans et demi, a eu cinq enfants : un a été tué à Sedan; deux sont morts, l'un d'une *méningite* avec convulsions, l'autre à la naissance : les deux autres sont bien portants; remariée à vingt-sept ans. [*Père*, quatre-vingt-cinq ans, cordonnier, « n'a jamais vu un médecin »; pas d'excès de boisson. — *Mère*, quatre-vingt-cinq ans, femme de ménage, bien portante [2]. — Deux

[1] C'est l'aîné, il n'est que frère de mère ; né avant le mariage.

[2] Elle est morte en juin 1882, de bronchite avec dyspnée.

frères morts l'un écrasé par une voiture (aurait eu des manifestations strumeuses), et l'autre, peintre en bâtiments, de cachexie saturnine avec catharre pulmonaire (il avait un eczéma) ; tous deux ont laissé des enfants bien portants. — Sa *grand'mère paternelle* aurait été *aliénée* (admise à la Salpêtrière, il y a environ cinquante ans, elle aurait guéri). Pas d'autres aliénés, etc., dans la famille.] Pas de consanguinité.

Deux enfants du second mariage : 1° *Fille*, morte à vingt-deux ans de la poitrine ; 2° *notre malade.*

Grossesse bonne, pas de traumatisme, pas d'alcoolisme (lors de la première grossesse du premier lit, elle avait souvent envie de boire du cognac). *Accouchement* naturel, rapide, à terme. Rien d'anormal *à la naissance.* Élevé en nourrice au sein, Grand... a été repris à onze mois, il était alors maigre et chétif, ne marchait ni ne parlait, on ne sait s'il avait eu des convulsions, la nourrice n'ayant donné aucun renseignement. Peu après on s'est aperçu que l'enfant avait des « peurs » : il criait la nuit, on le trouvait avec les yeux grands ouverts ; on le prenait, il cachait sa tête « dans mon estomac ». Rassuré au bout de cinq minutes on le recouchait et il s'endormait. Les peurs se sont reproduites jusqu'à quatre ou cinq ans presque toutes les nuits. Il a marché et parlé à seize mois, a été propre à la même époque. Vers quatre ou cinq ans, les *peurs* ont disparu ; on l'a envoyé à l'école où il apprenait passablement; la mémoire était assez bonne ; il était doux et affectueux, mais très turbulent ; il n'était pas colérique ; le sommeil était devenu tranquille (ni secousses, ni absences, ni cris). Vers treize ans, on s'aperçut que, tout d'un coup, en travaillant, il devenait « rouge, rouge pourpre, les yeux étaient injectés de sang, il se levait, *courait* dans la chambre » ; si la crise avait lieu dans la rue, il *courait* alors « très vite » tout droit jusqu'à ce que ce fût fini ; il s'arrêtait « tout court », revenait à lui, et était « tout honteux ».

Au début, Grand... avait une crise tous les huit jours, puis de trois en trois jours, enfin tous les jours ; ces crises seraient les mêmes qu'aujourd'hui ; le malade ne *tombe pas ;* il ne prévient pas ; il dit cependant qu'il *sent venir.* Pas de cri. Quand les crises ont lieu dans la nuit, il se débat dans le lit, semble donner des coups ; pas de stertor, pas de miction involontaire ; pas de folie. L'intelligence et la mémoire n'au-

raient pas diminué. Il ne serait pas devenu irascible, aurait conservé les sentiments affectifs. Il travaillait à la cordonnerie chez ses parents. Pas de fièvres éruptives, pas d'accidents strumeux. « A mon idée », dit la mère, « l'enfant aurait eu une *peur* avec la nourrice, puisque mes autres enfants n'ont jamais rien eu. »

A seize ans de complicité avec quelques-uns de ses camarades, il vole les bijoux de sa mère et de sa sœur et les vend. — Déjà, du reste, peu après le début de ses accès, mis en apprentissage chez un ébéniste, il en était renvoyé après cinq à six mois, pour paresse, vol et vagabondage ; son patron l'avait repris jusqu'à trois fois.

Etant chez son père, il se fait arrêter à diverses reprises pour bris de carreaux, de glaces, vol de pommes de terre frites, etc. Son père l'a fait renfermer deux fois (un mois chaque fois), à la petite Roquette. — Trois fois il a fait perdre à son père sa place de concierge.

A seize ans, il est mis à la colonie de Mettray, où il reste quatre ans. — Repris par son père qui essaie en vain de le faire travailler avec lui de son métier de cordonnier, il entre ensuite à la Charité où il reste six semaines et de là est envoyé à Bicêtre.

Etat actuel (17 mai 1881). — *Tête* ovale, symétrique ; la région occipitale est modérément développée ; les bosses pariétales, les apophyses mastoïdes ne sont pas proéminentes ; les cheveux sont bruns, abondants.

	1881	1887
Grande circonférence.	54	54
Diamètre antéro-postérieur . .	17 1/2	18
Grand diamètre transversal. . .	14 1/2	14,7
Petit — — . . .	12	12,1

Le *front* moyen, assez large, présente quelques rides transversales et une ride médiane verticale s'étendant de la racine du nez à quelques centimètres au-dessus ; les bosses frontales sont peu marquées. Les oreilles (cinq centimètres et demi) sont bien ourlées ; le lobule est complètement adhérent. Les arcades sourcillières sont assez saillantes, surtout à leur partie interne. *Face* ovale, osseuse, symétrique. Les yeux, bien fendus, n'offrent aucune lésion ; iris marron, sourcils et cils noirs, assez longs et assez fournis. Le nez, droit, est un peu large. La

bouche mesure 6 cent. 5 ; les lèvres sont minces, normales, le menton est rond.

Le *cou*, assez large, a 33 centimètres. — Le *thorax* est symétrique, normal ; les muscles pectoraux sont bien dessinés. — L'*abdomen* est souple ; le foie, la rate n'offrent rien de particulier.

Organes génitaux : la verge est très développée ; le gland est découvert . Les testicules sont normaux. Poils noirs assez abondants au pénil. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement hyperdrophiés; manustupration[1].

Les *membres supérieurs* sont bien conformés, velus. Sur la face antérieure de chaque avant-bras, se voit un tatouage bleu représentant une ancre. Cicatrices de vaccin.

Les *membres inférieurs* sont bien développés et velus. Sur les orteils, cicatrices provenant d'engelures. A la partie externe du genou gauche, cicatrice un peu déprimée, lisse, blanche, entourée d'un cercle brunâtre (un centimètre de diamètre) ; une autre cicatrice plus petite, plus déprimée, au tiers supérieur et externe de la jambe gauche ; une cicatrice de même nature au-dessous du mollet droit, à la partie postéro-interne ; le malade dit que ces diverses cicatrices proviendraient « d'un mal qui lui serait venu » il y a quelques années (furoncles?). — Le *réflexe tendineux* est très peu développé.

Tube digestif, digestion. — Les arcades dentaires sont régulières ; la dentition est normale (deux dents cariées) ; la voûte palatine est profonde ; la langue, le voile du palais, la luette, les amygdales, le pharynx sont normaux. — Les *fonctions digestives sont normales;* les selles sont volontaires. — *Respiration et circulation :* Rien de particulier à noter. P. 60 ; R. 24.

Sensibilité générale et spéciale : normales. Au dire du malade il aurait été, il y a cinq ans, atteint d'une *héméralopie* passagère qui ne se produisait qu'à la tombée de la nuit, et cela

[1] Examen des organes génitaux du 27 mai 1885 : Poils noirs abondants remontant, en diminuant jusqu'à l'ombilic et descendant jusque sur les cuisses ; bourses pendantes surtout à gauche ; testicules de la grosseur d'une petite noix. — Verge bien développée (circonférence : neuf et demi, longueur : 10). — Gland en partie découvert, découvrable. — Méat légèrement étroit. — Poils abondants à l'anus.

pendant trois ou quatre jours de suite; elle disparaissait alors quelque temps pour reparaitre ensuite. — Le *dynamomètre* donne à droite cinquante-sept et à gauche quarante-cinq.

Les *facultés intellectuelles* paraissent assez bien conservées ; Grand... est très peureux dès que la nuit est venue ; un soir, étant seul et ayant entendu un chat, il a voulu se jeter par la fenêtre. Il a quelquefois des cauchemars ; dans la nuit du sept au huit décembre, on l'a entendu appeler tout haut ; « Maman ! papa ! »

Aura. — Le malade semble avoir une aura ; il dit ressentir un engourdissement qui, partant de l'extrémité du pied droit, occuperait la face externe et dorsale de celui-ci, gagnerait la partie latérale du thorax, la moitié droite de la face, enfin la tête. Pas d'hallucinations de la vue, pas de phosphènes. Grandid... ne ressentirait rien du côté du membre supérieur; la durée de cette aura serait très brève. Avant l'accès, il s'écrierait parfois : « Oh ! la ! la ! la ! » Il tombe aussi sans être prévenu.

Description d'un vertige. — Le malade, occupé ou non, s'arrête tout à coup, porte la main droite à la joue du même côté qui présente quelques mouvements cloniques et qu'il frotte à différentes reprises. Il revient à lui presque de suite ; interrogé, il dit que ce n'est qu'un vertige et qu'il a ressenti un engourdissement de la joue droite.

Description d'un accès. — Les accès sont ainsi caractérisés: le plus souvent, après avoir présenté les phénomènes de l'aura décrits plus haut, sans cri initial, *il se met à courir tout droit devant lui* si l'espace est assez vaste ; si l'accès a lieu dans la salle ou dans la cour, il fait deux ou trois tours rapidement ; la face est fortement congestionnée, sans cyanose. Tout en courant, il secoue la tête, se frotte la joue droite et quelquefois les deux côtés de la face avec les mains ; en même temps, il fait entendre une espèce de bourdonnement produit par le *tremblement des lèvres.* Il évite généralement les obstacles qui peuvent se trouver sur son passage (le malade prétend voir trouble pendant l'accès), mais parfois il s'accroche avec les mains aux objets qu'il rencontre, et, en ce cas, s'il ne les a saisis que d'une main, il s'enroule en quelque sorte autour d'eux. Il ne tombe jamais. Aussitô arrêté, ce qui a lieu

brusquement, il paraît étonné, se remet de suite et continue ce qu'il était en train de faire.

S'il est assis, il se lève, court et revient souvent à sa place tout en courant et sans avoir eu connaissance de ce qui vient de se passer. Le 4 décembre 1881, Grandid... étant sorti et se trouvant en omnibus, en sort subitement en courant et revient. Dans la même journée, étant à table chez ses parents, il se lève, se met à courir, sort et va s'accrocher des deux mains aux deux roues de derrière d'un fiacre en marche.

S'il est au lit, quelquefois on observe les phénomènes que nous venons de décrire, mais parfois l'accès se trouve modifié ; le malade ne se lève pas ; on n'observe pas de période tonique, mais seulement de grands mouvements de rotation incomplète qui portent le corps de droite à gauche et de gauche à droite, les deux mains appliquées devant la face et la frottant. Ces mouvements de rotation peuvent être accompagnés de sauts de tout le corps, ou remplacés par ceux-ci. Dans ces derniers temps, il lui est arrivé, mais rarement, d'uriner sous lui pendant les accès.

Dans un accès auquel nous avons assisté, le 6 décembre 1881, le malade étant couché, nous avons noté de grands mouvements étendus à droite ; le côté gauche était peu secoué ; Grandid..., faisait un demi-tour de droite à gauche, puis de gauche à droite. Pendant la durée (cinquante secondes) de cet accès, il émettait un son se rapprochant du mot « oue », répété fréquemment. Les pupilles, examinées aussitôt l'accès terminé, étaient légèrement dilatées, le pouls battait 84 ; mais presque aussitôt le pouls et les pupilles sont revenus à leur état normal.

Les accès semblent dans ces derniers temps s'être quelque peu modifiés; ainsi il arrive maintenant plus fréquemment que Grandid... se lève de son lit dans ses accès ; aussi doit-on l'y maintenir attaché. — Les accès sont principalement *nocturnes*.

13 *juillet*. — Le malade a été renvoyé de la cordonnerie; le chef d'atelier prétend qu'il gaspille la marchandise par méchanceté ; qu'il vole divers petits objets, est insolent, paresseux, passe son temps à faire des niches aux autres malades ; qu'enfin il a fait manger à Ar..., malade vorace, des boulettes de viande mêlées à des matières fécales.

27 *août*. — Hier Grandid... a dérobé une chaine d'acier au

malade Mart.., et, comme celui-ci la réclamait, il lui a donné une « pile ». — Hydrothérapie à partir d'aujourd'hui.

12 *octobre*. — Rixe avec un autre malade.

20. — Traitement par l'aimant en fer à cheval (une heure chaque matin).

1er *novembre*. — Suppression des douches. L'aimant en fer à cheval, appliqué d'abord sur le vertex, est maintenant appliqué sur la nuque (en contact).

4. — Grandid... prétend que depuis près d'un mois il avait des vertiges presque continuels, mais que depuis une semaine ils sont devenus assez rares.

15 *décembre*. — Suppression du traitement par l'aimant [1].

31. — Le malade est renvoyé de l'atelier pour vol, faux et attentats à la pudeur.

1882. 30 *janvier*. — Angine simple.

1er *février*. — *Injection hypodermique* de 0 gr. 005 de *nitrate de pilocarpine*.

7. — Injection de 0 gr. 01 de nitrate de pilocarpine.

23. — Injection de 0 gr. 015.

3 *mars*. — Cessation des injections sous-cutanées. *Julep*, avec 0 gr.25 de nitrate de pilocarpine. — 1er *avril*. — *Hydrothérapie*. Julep avec 0 gr. 03. — 15 *mai*. — Julep avec 0 gr. 04. — 1er *Juin*. — Julep avec 0 gr. 02. — 12. — Julep avec 0 gr. 03.

13 *juin*. — Dimanche, G... est sorti avec son grand-père paternel, administré de Bicêtre, et sous prétexte d'aller chez le marchand de tabac, il s'est sauvé; il est rentré seul le soir à Bicêtre, vers 9 heures. — Hier (12 *juin*) il s'est sauvé de l'hospice en escaladant les murs de la buanderie et du marais. Une fois dans les champs il aurait vendu la veste de la maison. Evadé à midi il n'est allé à la maison de son père que vers minuit; il s'y est blotti derrière une porte, mais son père prévenu par un locataire l'a fait rentrer chez lui. — Ramené ce matin, on l'envoie à la Sûreté.

20. — Julep avec 0 gr. 04 centigr. de nitrate de pilocarpine.

[1] Cette première partie de l'observation a déjà paru sous le titre d'*Épilepsie procursive* dans la thèse de l'un de nous. P. Bricon. — *Du traitement de l'épilepsie.* (*Hydrothérapie, arsénicaux, magnétisme minéral, de sels pilocarpine.*) Paris 1882, p. 225.

4 *juillet*. — Nouvelle rixe avec un malade à la suite de laquelle il injurie le sous-surveillant.

6. — Il sort de la Sûreté pour rentrer dans le service.

15 *août*. — Julep avec 0 gr. 06 centigr. de nitrate de pilocarpine. Bien que le tableau des vertiges ne mentionne pas de vertiges, il en aurait eu souvent de fugaces.

1er *décembre*. — Suppression du traitement par la *pilocarpine* et *l'hydrothérapie*.

1883. 6 *février* (mardi-gras). — Dans l'intention de s'évavader il avait revêtu ses habits de sortie en les déguisant par ceux de l'hospice, mais le pantalon de ville étant plus long que celui de l'asile l'a trahi. Envoyé à la Sûreté, il a été trouvé porteur de quatorze francs provenant non de son travail, mais probablement soit de vols (on signale depuis quelque temps la disparition de porte-monnaies dans le service), soit de vente de tabac aux enfants.

On apprend en outre que récemment, lors d'une sortie avec son grand-père, il l'a abandonné pour aller au cirque, puis avec une femme, du moins à ce qu'il dit ; il est envoyé à la Sûreté. — Il est remonté dans le service le 13 février.

7 *mars*. — Un vol d'argent et de friandises, accompli de complicité avec deux de ses camarades, nécessite son renvoi à la Sûreté.

25 — Tous les mois son grand-père le conduit chez son père, ou parfois chez d'autres parents. Il est rare que dans ces sorties il ne fasse pas quelque mauvais tour; c'est ainsi que dernièrement il aurait volé un lapin.

9 *avril*. — *Traitement hydrothérapique*.

27 *avril*. — *Description d'un accès*. Le malade était assis sur une chaise dans notre cabinet; il se lève tout d'un coup, se précipite en courant par la porte jusqu'à l'extrémité de la cour qui mesure environ 66 mètres; arrivé contre le mur, il frappe vigoureusement des mains, se retourne brusquement et reprend sa course en sens inverse; puis, après avoir sauté par-dessus un banc, vient se buter contre la cloison de la galerie de l'école; il se couche alors sur un banc. La physionomie est hébétée, la face pâle, les pupilles contractées. Durant la course, il se frictionnait l'épaule droite avec la main droite. On le fait rentrer dans le cabinet; pendant quelques instants, la face est pâle et la physionomie hébétée.

Il paraît ne pas s'être rendu compte de l'accès qu'il vient d'avoir. La nuit dernière il aurait eu un accès, dans lequel il serait tombé du lit, d'où une contusion assez forte du coude.

28. — A la Sûreté, Grandid... a eu plusieurs accès dans le préau. Au dire des gardiens, il pousse d'abord une sorte de grognement sourd, puis court dans le préau qu'il parcourt plusieurs fois en sautant par-dessus les couronnes qui y sont étendues[1]; il bute enfin contre la grille qu'il saisit et s'affaisse. — Durée totale : 2 minutes environ.

Au chauffoir, les accès présentent les caractères suivants : début par une sorte de bourdonnement; il se frappe les coudes et la tête sur la table; on dirait, qu'il bat la caisse avec son coude, puis, après 2 minutes environ, il se lève, se précipite dans le jardin, bousculant parfois les personnes qui se trouvent sur son passage, mais le plus souvent évitant les obstacles; après 2 ou 3 tours du jardin, il s'arrête. Ni bave, ni écume, ni incontinence d'urine.

Autre variété d'accès. Mêmes mouvements des bras et de la tête; il se laisse alors tomber de son banc, se roule sans cri, pendant une minute environ, se relève et se sauve. — Si on le maintient, on constate une rigidité générale, l'absence de secousses cloniques, puis la résolution accompagnée de soupirs, sans bave, ni stertor ou évacuation involontaire. Il ne lui reste à la suite de l'accès qu'un peu de fatigue.

1er *mai*. — Le malade se trouvant à l'infirmerie des enfants fait entendre subitement uue sorte de grognement sourd, sa casquette tombe à terre ; il se précipite vers le bout de la salle, frappe des deux mains contre le mur, se retourne brusquement, reprend sa course vers l'autre extrémité de la salle, frappe la cloison, se retourne de nouveau, revient en courant au mur d'entrée en évitant les obstacles (colonnes, chaises, etc.), refait encore trois fois toute la longueur de la salle, puis s'arrête tout stupéfait, hébété, la face pâle, les pupilles à peu près normales ; un peu d'anhélation, très léger stertor, sueurs autour des lèvres; il ne revient complètement à lui qu'au bout de deux minutes.

5. — *Description d'accès*. En descendant de l'infirmerie,

[1] Les malades de la Sûreté s'occupent surtout à fabriquer des couronnes pour les distributions de prix.

Grandid.... est pris dans la cour des enfants d'un accès dont on ne voit pas le début; il se met à courir dans la cour en poussant le grognement qui lui est habituel; arrivé à l'extrémité, il saisit les barreaux de la grille, se retourne brusquement et reprend sa course. La figure est rouge, vultueuse; le malade bave un peu; de la main droite il se frictionne la joue et l'épaule droites; arrivé à l'autre bout de la cour, il saisit la barre de la rampe de l'escalier, se retourne dans l'escalier qu'il monte rapidement, se met à courir dans la rampe qui est située au dehors de la cour des enfants, fait environ 15 mètres, puis il semble éprouver quelque difficulté à se tenir sur les jambes, trébuche à plusieurs reprises sans tomber, accroche enfin un barreau et s'arrête. La face est pâle, les pupilles contractées; il reste debout, ne répond pas aux questions, prend des mains des enfants sa casquette tombée pendant la course. Une demi-minute après environ il s'assied sur le rebord en pierre et à la demande de ce qu'il a eu, il répond qu'il n'en sait rien.

2 *juillet*. — Dans un accès, Grandid ... fait deux fois en courant le chemin du cabinet au fond de la cour (66 mètres). Avant l'accès, le pouls était à 72, la respiration à 24; après l'accès, on compte 100 pulsations et 24 inspirations. Les pupilles égales et petites n'ont subi aucune modification.

12. — Il sort de la Sûreté pour rentrer dans le service.

6 *août*. — A 8 heures du soir, alors qu'il était auprès de son lit, se préparant à se coucher, Grand.... est pris d'un accès : il se dirige en courant vers la porte vitrée, éloignée d'une dizaine de mètres de son lit, dont il enfonce le carreau inférieur avec le bras droit; il se fait une plaie transversale de 4 centimètres à la face antérieure de l'avant-bras. Il tournait à ce moment le dos à la salle. Le veilleur qui l'a saisi en arrière ne sait dire si Grand.... semblait se disposer à revenir, en courant, sur ses pas, selon son habitude lorsqu'il rencontre un obstacle. L'accès aurait été de suite arrêté.

15 *octobre*. — Vol de porte-monnaie. — On l'envoie à la Sûreté. — Cessation du *traitement hydrothérapique*.

9 *novembre*. — *Anthrax* de la face postérieure de l'avant-bras.

1884. 3 *janvier*. — On apprend qu'au début de son séjour à la Sûreté il couchait dans le dortoir du préau, et qu'il en pro-

fitait pour se livrer à des *actes de sodomie* avec un autre malade. — On le fait rentrer dans la section.

8. — *Évasion*. Grand.... s'est sauvé par la grille de la cour des épileptiques située près de l'église, puis par la cour du puits; enfin il a grimpé sur le toit de l'atelier du tapissier et sauté sur le chemin des médecins qui longe l'hospice intérieurement.

9 *janvier*. — Le malade, rentré hier, raconte qu'après son évasion il s'est rendu à Paris, a couché dans un hôtel et que le lendemain soir, ayant dépensé les trois francs qu'il possédait, il est allé chez son père qui l'a ramené à l'hospice. — Il est envoyé à la Sûreté d'où il sort le 12 janvier.

15 *janvier*. — Il est renvoyé à la Sûreté pour de nouveaux méfaits.

1er *avril*. — *Traitement hydrothérapique*.

7 *avril*. — *Vol* d'un caleçon qu'il essaie de vendre à un malade de la Sûreté. — Le surveillant ayant confisqué le caleçon, il s'ensuit une scène violente pendant laquelle Grand... profère les injures les plus grossières et essaie d'ameuter les autres malades.

2 *mai*. — Il est envoyé de la Sûreté dans le service.

19 *juin*. — *Evasion* avec un de ses camarades.

22. — Ramené à l'hospice par son frère [1], il dit que son camarade et lui se sont sauvés en franchissant le mur du Marais (jardin maraîcher de l'hospice). Ils se sont rendus aux Batignolles, s'arrêtant en route chez un marchand de vin et sur les boulevards extérieurs avec deux filles publiques avec lesquelles ils ont eu des rapports. Grand.... aurait ensuite abandonné son compagnon devant le cirque Fernando, à cause de sa mauvaise tenue, dit-il, qui attirait l'attention des passants.

Il se trouvait en possession de quinze francs, provenant, selon toute probabilité, d'un vol commis le même jour par une singulière coïncidence à l'égard d'un autre malade. Il aurait couché seul à son hôtel habituel. Le 20 au matin il a rencontré un ancien malade de l'hospice avec lequel il a passé la journée, puis la nuit, et la journée du lendemain. Le soir de ce second jour, l'hôtelier ayant refusé de recevoir Grand...., celui-ci est allé coucher dans un terrain vague de l'avenue de

[1] Frère d'un premier lit, âgé de 35 ans, qui l'a fait arrêter.

Clichy où les sergents de ville l'ont arrêté, puis conduit au poste où dans un accès il s'est contusionné les deux coudes. — On l'envoie à la Sûreté.

11 *octobre.* — Il rentre de la Sûreté dans le service.

28 *décembre.* — Sa conduite nécessite de nouveau son envoi à la Sûreté.

1885. 16 *mars.* — On le fait sortir de la Sûreté pour rentrer dans le service.

4 *mai.* — *Evasion* par l'atelier de cordonnerie. — Le 7 *mai*, le malade est défalqué ; le 23, Grand... est réintégré à Bicêtre. Il prétend que s'il s'est évadé de nouveau, il faut en accuser ses parents qui ne viennent pas le voir : « Ça m'a monté la tête et je me suis sauvé. » Il se serait sauvé de la cordonnerie en sautant sur le toit de l'atelier des ébénistes, dépendant de la tapisserie, puis de là sur le chemin des médecins. Il possédait seize francs provenant d'économies (??). Il s'est présenté chez Godillot pour avoir de l'ouvrage ; il a couché deux jours dans le même hôtel, puis le troisième il a envoyé un camarade s'informer si sa mère demeurait toujours au même endroit : une voisine l'a fait monter et a prévenu son père ; il a été envoyé à l'infirmerie du dépôt, puis de là à Sainte-Anne où il est resté dix-neuf jours. — Il est envoyé à la Sûreté.

27 *juillet.* — *Embarras gastrique.*

19 *octobre.* — *Evasion.* Le malade s'est évadé cette nuit de la Sûreté avec un de ses camarades ; on ne s'en est aperçu que ce matin en trouvant dans le lit des mannequins formés de traversins, d'oreillers, de sabots et de bonnets de coton (un des coins de leur dortoir servait de dépôt de literie !). — On pense que l'évasion a eu lieu de la façon suivante : lorsque l'infirmier chargé de la fermeture des barreaux extérieurs est allé pour faire sa besogne, ils se seraient glissés derrière lui, puis cachés derrière le bâtiment des bains qui fait saillie dans le préau ; l'infirmier revenu à l'intérieur, ayant trouvé comme d'habitude le paquet d'habits déposé en dehors des cellules et correspondant à chaque lit, a fermé la porte du dortoir sans y entrer. — Quant à Grand... et à son compagnon, aussitôt qu'ils ont vu que tout était tranquille, ils auraient grimpé sur le mur qui sépare le préau des bains de celui de la Sûreté au moyen d'une ratissoir de jardin auquel étaient attachés des bandes et des torchons (Grand... avait conservé les bandes dont on enve-

loppait une de ses jambes contusionnée). — Une fois montés sur le premier mur, ils ont escaladé le mur extérieur de la même façon. — Dans la cour extérieure qui entoure la Sûreté, ils ont profité d'une échelle laissée là imprudemment par l'entrepreneur de maçonnerie et ont pénétré dans la cour du gymnase auprès de l'office du réfectoire de la grande école. Ils ont enfin sauté par-dessus le mur de la section des enfants entre le gymnase et le réfectoire de la petite école, en s'aidant d'un instrument aratoire[1].

Huit mois après cette évasion, le 17 *juin* 1886, une lettre de Grandid... à son grand-père, administré de l'hospice de Bicêtre, nous apprenait que notre malade se trouvait à la Maison centrale de Gaillon.

Aussitôt nous avons écrit au directeur de cette prison qui nous a appris, par une lettre en date du 30 juin 1886, que notre malade avait été condamné le 27 octobre 1885 à un an et un jour d'emprisonnement par le tribunal de la Seine, pour *vagabondage* et *tentative de vol;* que, d'abord écroué à la Maison centrale de Poissy, il en avait été extrait le 12 janvier 1886, et transféré à l'infirmerie de Gaillon après avoir été reconnu atteint d'épilepsie.

Une lettre de M. le Dr Boularan, médecin du quartier spécial d'aliénés de la Maison centrale de Gaillon, nous apprenait en même temps que du 12 *janvier* au 25 *août* Grandid... avait eu 741 accès dont 645 de nuit et 96 de jour; le maximum dans une nuit aurait été de 33. Les accès duraient ordinairement de 30 secondes à une minute, rarement de 5 à 12 minutes (?).

Le 24 *août* 1886 l'un de nous adressait à M. Gragnon, préfet de police, la lettre suivante, relatant ce qui avait déjà été tenté pour enlever le malade à la prison et réparer une erreur judiciaire regrettable.

[1] Il est certain que si l'infirmier avait mieux fait son service, il serait entré dans le dortoir pour s'assurer que tous les malades étaient réellement couchés, qu'il aurait dû s'assurer *de visu* des accès qu'il dit avoir entendus. Cet infirmier a été congédié immédiatement. — Nous avons, du reste, depuis longtemps signalé le recrutement défectueux du personnel des infirmiers, que l'on prend souvent sans renseignements suffisants et que l'on garde même parfois si leur casier judiciaire n'est pas trop chargé.

MONSIEUR LE PRÉFET,

A la fin de juin, j'apprenais qu'un de mes malades, le nommé Grand..., évadé de mon service le 19 octobre 1885, avait été arrêté quelques jours après et condamné à un an et un jour de prison pour vagabondage et tentative de vol (27 octobre). Au commencement de juillet, j'ai eu l'honneur de porter à votre connaissance cette condamnation prononcée *contre un malade*, au sujet duquel je vous ai adressé conformément à la loi et aux règlements un certificat indiquant la nécessité de sa réintégration dans la section, le signalant comme dangereux, kleptomane, pédéraste, etc.

L'annonce de ce fait si irrégulier vous frappa vivement; vous m'avez promis de faire rechercher sur qui devait en tomber la responsabilité. Vous n'avez pas perdu l'affaire de vue et quelques jours plus tard, j'ai reçu la visite d'un de vos employés qui m'a montré : 1° que Grand... avait été arrêté et condamné sous le nom d'Auch... Louis (c'est le nom de l'un des malades de la section, ami et complice de Gr...); — 2° que deux ou trois jours après sa condamnation, Grand... avait décliné ses noms, prénoms, etc.; — 3° que malgré ces renseignements et bien qu'il ait avoué s'être évadé de Bicêtre, il n'en a pas moins été dirigé sur la prison de Poissy d'abord, sur celle de Gaillon ensuite *à cause de sa maladie;* que la condamnation n'en a pas moins été maintenue et que fort probablement le casier judiciaire d'Auch... porte une condamnation.

J'ai chargé votre employé, qui ne paraissait pas se rendre un compte exact de la gravité des faits, de vous prier, conformément d'ailleurs à la promesse que vous m'en aviez faite, de faire prendre d'urgence toutes les mesures nécessaires pour réparer les erreurs commises et faire réintégrer Grand... dans le service. Plus de six semaines se sont écoulées et rien ne paraît avoir été fait. C'est pourquoi, Monsieur le Préfet, je viens insister de nouveau aujourd'hui pour hâter une solution favorable.

Veuillez agréer, etc.

M. Gragnon répondit qu'à la date du 13 juillet il avait signalé au ministre de la justice la grave erreur qui avait été commise. C'est alors (fin août) que l'un de nous envoya à M. Demôle, ministre de la justice, la copie de la lettre ci-dessus, en insistant sur la nécessité d'annuler le jugement, et de faire réintégrer le malade à Bicêtre.

Le 4 *octobre* suivant, c'est-à-dire plus d'un mois après la première lettre à M. Demôle, et huit jours après une nouvelle lettre au même ministre, en l'absence de toute réponse, l'un de nous adressa à M. Grévy la requête suivante :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Je viens signaler à votre haute justice un fait, à mon avis, très grave et qui, comme vous le verrez, mérite d'attirer très sérieusement votre attention.

Un malade aliéné, Grand... (Charles), appartenant à mon service de Bicêtre, s'est évadé de la Sûreté où je l'avais envoyé par punition le 19 octobre 1885. Aussitôt, j'ai fait un certificat constatant que Gr... était atteint d'épilepsie procursive, avec perversion des instincts, kleptomanie, etc.; mentionné ses évasions multiples, et signalé la nécessité de sa réintégration.

Ce certificat a été envoyé immédiatement à la préfecture de police. Le 23 octobre, Grand... était arrêté pour vagabondage et tentative de vol, et, de ce fait, condamné le 27 du même mois à un an et un jour de prison sous le nom d'un malade de Bicêtre Auch... (Louis). Quelques jours après, il faisait connaître son nom véritable et avouait s'être évadé de Bicêtre; malgré cela, il fut envoyé à la prison centrale de Poissy, d'où en janvier 1886, à cause de ses fréquents accès d'épilepsie, il fut dirigé sur la prison de Gaillon et mis dans le quartier des criminels aliénés.

A différentes reprises, je m'étais informé si Grandid... avait été retrouvé, et s'il ne se trouvait pas au Bureau d'admission de l'Asile Saint-Anne où passent tous les aliénés de la Seine. Toujours la réponse fut négative. Le 20 juin dernier, le grand-père de Grandid..., vieillard hospitalisé à Bicêtre, me communiquait une lettre de son petit-fils apprenant qu'il était à la prison de Gaillon.

Quelques jours après, j'eus l'occasion de voir M. le Préfet de police et de lui exposer le fait : il le trouva très regrettable et me promit de prendre les mesures nécessaires pour que le malade Gr... fut extrait de la prison de Gaillon et réintégré à Bicêtre.

N'entendant parler de rien, le 28 août j'écrivis une lettre à M. le Préfet de police, qui me répondit le *lendemain* qu'il avait signalé l'affaire, le 13 juillet, à M. le Ministre de la justice et qu'il attendait sa réponse.

Je résolus d'écrire fin août à M. le Ministre de la justice, espérant hâter la solution et faire cesser promptement la détention du malade. Un mois s'étant écoulé sans réponse, mois de vacances il est vrai, par une lettre en date du 29 septembre, je rappelai à M. le Ministre de la justice ma précédente lettre; voilà bientôt huit jours de cela et ma seconde lettre n'a pas été plus heureuse que la première. C'est pourquoi, Monsieur le Président, je me suis à faire appel à votre puissante intervention et à votre esprit de justice.

J'ai la conviction que, vous aussi, vous considérez comme très regrettable la *condamnation d'un malade aliéné*, et comme plus

regrettable encore son *maintien en prison* à partir du jour où l'erreur a été reconnue.

Veuillez agréer, etc.

Le 9 *octobre* 1886, le directeur des affaires criminelles au ministère de la justice répondit qu'il avait, à la date du 8 septembre, prié le Ministre de l'intérieur de prendre les mesures nécessaires pour assurer, en ce qui le concernait, le règlement de l'affaire Grandid... et que, à la même date, il avait invité le procureur général à faire rectifier, s'il y avait lieu, la condamnation prononcée contre Grandid...

Les 12 et 13 *octobre*, l'un de nous écrivait à M. Sarrien, ministre de l'intérieur, et à M. le procureur général en leur rappelant les faits que nous avons relatés plus haut. — Le 16 *octobre*, M. Sarrien déclarait qu'il n'avait aucune connaissance de cette affaire et promettait s'en occuper d'urgence.

18 *octobre*. — Nouvelle lettre au Préfet de police dont nous extrayons le passage suivant :

« Je vous serais bien obligé, écrivait l'un de nous, si vous pouviez rappeler cette affaire à M. le Ministre de l'intérieur et examiner ce que vous avez à faire à la sortie prochaine de ce malade qui, en dépit de votre bonne volonté pour réparer une erreur, et en dépit de mon intervention auprès du Ministre de la justice, du Ministre de l'intérieur, du Président de la République et du procureur général, n'aura pas moins subi une année d'emprisonnement. »

Le 30 *octobre*, deux jours après l'expiration de la peine à laquelle avait été condamné Grandid..., M. le Ministre de l'intérieur nous avisa que des instructions avaient été données pour que le malade fût transféré à l'infirmerie du dépôt (?), afin d'y être l'objet d'un examen médical (!) et ensuite dirigé sur un asile.

3 *novembre*. — Grandid... est enfin réintégré à l'hospice de Bicêtre, six jours après l'expiration de sa peine.

9 *décembre*. — Il est envoyé pour 8 jours en cellule pour avoir voulu aider un hystéro-épileptique, Cah..., à s'évader.

1887. — Presque tous les accès de Grandid... sont actuellement nocturnes ; il a, en outre, quelques accès ordinaires exclusivement nocturnes et se mord fréquemment la langue. — Deux ou trois fois par jour il a des *étourdissements* dans lesquels il voit trouble, distingue les objets qui se trouvent devant lui, mais sans les reconnaître. Les accès diurnes débutent par une course de 2 à 3 mètres, puis il se roule à terre pendant 3 à 4 minutes environ, se relève seul en revenant complètement à lui.

MOIS	1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	—	—	112	»	133	»	72	»	95	»	Du 12 janvier au 25 août, 741 accès.	»
Février	—	—	105	»	91	2	86	»	95	»		»
Mars	—	—	143	»	119	20	93	»	163	3		»
Avril	—	—	138	»	121	»	72	»	167	7		»
Mai	121	22	149	»	132	»	61	74	32	»		»
Juin	144	10	130	»	132	»	34	88	105	»		»
Juillet	129	40	136	»	126	»	101	»	99	»		»
Août	115	8	131	»	80	»	145	»	99	»		»
Septembre	134	6	138	»	96	»	136	»	107	»	»	»
Octobre	160	»	134	»	124	»	123	12	69	»	»	»
Novembre	155	»	148	»	94	»	99	45	—	»	75	66[1]
Décembre	155	1	137	3	68	»	32	91	-	»	15	160
Totaux	1113	87	1621	3	1318	22	1054	310	1031	10	90	226

[1] Dans ces derniers temps, on a le plus souvent compté comme vertiges les accès procursifs. Au mois de janvier 1887, Grand... a eu 21 accès et 199 vertiges.

1882. Juin. — *Poids* : 47 kil. 100. *Taille* : 1m,49.
1883. Janvier. — *Poids* : 47 kil. 500. *Taille* : 1m,49.
— Juin. — *Poids* : 48 kil. 300. *Taille* : 1m,50.
1884. Mars. — *Poids* : 49 kil. 200. *Taille* : 1m,50.
1885. Janvier. — *Poids* : 49 kil. 500. *Taille* : 1m,50.
1886. Novembre. — *Poids* : 50 kil. *Taille* : 1m,50.

Réflexions. — Chez Grand..., le premier accès procursif s'est produit à treize ans sans prodromes prochains, ni cause déterminante connue. Ces accès, devenus rapidement quotidiens, consistaient en une course suivant la ligne droite, accompagnée d'une forte injection de la face, en général, sans aura, ni cri, ni chute, ni période tonique. La période clonique semblait remplacée par la course; le retour à la connaissance, sans coma, ni bave, ni urination involontaire, se faisait promptement.

Ces accès, répétés plusieurs fois par jour, ne produisirent aucune diminution de la mémoire, mais la perversion des instincts, dont Grand... a donné déjà tant de preuves, pourrait bien leur être attribuée; il y a là tout au moins une coïncidence. — Nous attirerons encore l'attention sur l'héméralopie et la diminution du réflexe rotulien. A Bicêtre, nous avons constaté chez Grand... des accidents épileptiques divers :

1° Des *vertiges* non procursifs pendant lesquels le malade porte la main droite à la joue correspondante qu'il frotte à diverses reprises et qui est agitée de quelques mouvements cloniques;

2° Des *accès* se présentant sous deux formes. *a*) Les accès de la première forme sont ou non précédés d'aura; ni cri; — ni chute; — congestion de la face, mais sans cyanose; — course accompagnée de tremblement bilatéral de la tête et d'un bourdonnement résultant

du tremblement labial; — frottement de l'une ou des deux joues; — retour subit à la connaissance. La course se produit en ligne droite ou parfois circulaire (à grands arcs de cercle), avec tendance à l'enroulement autour de l'axe vertical d'un obstacle rencontré. Le malade semble ne pas avoir connaissance de l'accès.

b) Si le malade est *couché*, il lui arrive le plus souvent de ne pas se lever. — La période tonique manque comme ci-dessus, mais la course — qui semble correspondre chez lui à la période clonique — est remplacée par de grands mouvements de rotation incomplète de droite à gauche et de gauche à droite; le côté droit est plus agité. Ces mouvements sont accompagnés du même bourdonnement labial, du même frottement des joues. Les pupilles qui sont dilatées et le pouls qui est accéléré à la fin de l'accès, reviennent presque aussitôt à leur état normal.

Cette variété d'accès, paraît-il, se rapproche de l'accès ordinaire: cette ressemblance est encore rendue plus probable par ce fait que, parfois, quoique rarement, Grand... urinerait sous lui pendant les accès de ce genre, s'affaisserait après la course; par le fait aussi que la course peut être précédée ou suivie d'une sorte de tapotement des mains, des coudes ou des pieds et sur le caractère duquel nous aurons à revenir.

Plus tard, on note chez le malade des accès ainsi constitués : tapotement des bras et de la tête, chute du banc sur lequel il se trouve assis; — roulement à terre, course, résolution, sans bave, ni stertor ou évacuation. Le maintien du malade produit une rigidité générale sans secousses cloniques.

Dans les derniers temps, on remarque que certains accès purement procursifs sont suivis d'une *hébétude* plus prononcée, d'un très léger stertor, de sueurs labiales et que quelques-uns s'accompagnent de bave. Il semble donc, nous le répétons, que les accès procursifs de Grand... aient une tendance à se transformer progressivement en accès ordinaires.

Actuellement Grand... n'aurait plus que des accès procursifs presque exclusivement nocturnes, mais, de plus, dans ces derniers mois, on a noté l'apparition d'accès ordinaires (cri, périodes tonique et clonique, bave, morsure de la langue, etc.); ceux-ci, encore peu nombreux, sont exclusivement nocturnes.

Il est une autre partie de l'histoire du malade qui a certainement assez attiré l'attention du lecteur pour qu'il soit superflu d'y insister : nous voulons parler de son arrestation, de sa condamnation et de son maintien en prison. Ce fait montre une fois de plus combien il est difficile de faire réparer une erreur administrative et judiciaire.

Observation XVIII. — Epilepsie procursive; Epilepsie partielle.

Père, peintre en bâtiment. — Grand-père paternel, excès de boisson; — grand'mère paternelle, paralytique. — Grand-père maternel, mort apoplectique. — Arrière-grand'mère paternelle, morte apoplectique; arrière-grand-père maternel, mort aliéné. — Frère, convulsions; — frère, convulsions et affaiblissement paralytique du côté droit.

Premières convulsions à dix mois. — Convulsions à chaque poussée dentaire jusqu'à quatre ans. — Peur à onze ans; premiers accès huit jours plus tard; convulsions limitées à

gauche. — Excès de boisson. — Deux tentatives de suicide. — Début des vertiges en 1883. — Description des accès.

Val... (Arthur), né le 5 janvier 1864, est entré le 16 décembre 1884 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (16 novembre 1885). *Père*, quarante-neuf ans et demi, enfant naturel, peintre en bâtiments, n'a fait aucune maladie depuis son mariage, à l'âge de vingt-cinq ans; — pas de coliques, ni de paralysie saturnine; — il est sobre, bien portant, mais un peu emporté. — [*Père*, mécanicien, a disparu depuis la guerre de 1870-71; il était un peu « ours » et faisait quelques *excès de boisson* (vin). — *Mère*, maîtresse d'hôtel meublé, morte *paralysée* à l'âge de quarante-neuf ans; elle était obèse. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, ni d'autres paralytiques, etc., dans la famille.]

Mère, quarante-quatre ans, châtaine, bien portante, d'abord fleuriste, puis raccommodeuse de peaux de lapins pour fourrures; elle n'est pas migraineuse, mais a parfois des maux de tête; sans être sujette d'ordinaire aux syncopes, elle en a toutefois éprouvé durant les premiers mois de ses grossesses, mais sans perte absolue de connaissance. [*Père*, homme de peine au chemin de fer, sobre, mort à soixante-neuf ans d'une *attaque d'apoplexie* en quarante-huit heures. — *Mère*, soixante-cinq ans, sobre, bien portante. — *Grand-père paternel*, pas de détails. *Grand'mère paternelle*, sobre, morte à soixante-quinze ans d'une attaque d'apoplexie terminale précédée de deux ou trois autres; la première avait été suivie d'une hémiplégie droite. — *Grand-père maternel*, employé droguiste, sobre; devenu *aliéné*, il s'est jeté par la fenêtre d'un troisième étage et s'est tué; il avait quarante-cinq ans. — *Grand'mère maternelle*, morte d'une fluxion de poitrine, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. — *Trois frères :* deux sont morts, l'un d'une fluxion de poitrine (?) à l'âge de six mois, l'autre « d'un foie volumineux (?) » à douze ans; le troisième, bien portant, a eu, de femmes différentes, quatre enfants bien portants qui ont une bonne santé. — *Trois sœurs :* deux sont mortes, l'une à quatre mois, on ne sait de quoi, l'autre, à neuf ans d'une fièvre typhoïde; la dernière est en bonne santé. Pas d'autres aliénés, suicidés, etc., dans la famille.] — Pas de *consanguinité*.

Douze *enfants* et trois *fausses couches*.

1° Garçon, mort à trois mois, en nourrice, « des hernies(?)» ; il avait les bourses grosses comme le poing ; — 2° fille, vingt-quatre ans, bien portante, a eu une fille morte de coqueluche ; — 3° notre malade ; — 4° garçon, vingt-un ans et demi, intelligent, peintre en bâtiments, a eu, à un an, la cholérine durant le cours de laquelle éclatèrent des *convulsions* pendant quinze minutes qui laissèrent à leur suite une *déformation des pieds ;* à sept ans, *nouvelles convulsions* durant une journée qui auraient corrigé la *malformation des pieds* (?). — 5° fausse couche à quatre mois, attribuée à un effort; — 6° fille intelligente, morte à dix-huit mois d'un « chaud et froid (?) » 7° garçon, intelligent, mort à trois ans du croup ; 8° fille, morte à vingt-six jours, du croup(?); — 9° fausse couche de deux mois ; — 10° garçon, onze ans, intelligent, a eu à dix mois des *convulsions* avec *hémiplégie droite* consécutive ; ce côté est resté plus faible, et la jambe droite est plus courte que la gauche ; il n'a parlé qu'à sept ans ; — 11° garçon intelligent, mort à trois ans de la *coqueluche ;* — 12° fille morte à dix mois, on ne sait de quoi ; — 13° fausse couche de deux mois ; — 14° et 15° *grossesse double :* au deuxième mois elle aurait rendu un germe dont le sexe n'aurait pas été déterminé ; puis sept mois après, fille, née à terme, forte ; celle-ci a quatre ans, est bien portante.

Notre malade. — *Conception* et *grossesse*, rien de particulier. — *Accouchement* à terme, naturel, après cinq jours de douleurs (sans que la tête soit restée engagée longtemps), sans chloroforme. A la *naissance*, circulaire autour du cou, sans cyanose ; cri immédiat. — *Elevé au sein* par sa mère, il a été sevré à treize mois (alors que sa mère était enceinte de quatre mois et demi) : « Il a tété sur l'autre. » — Première dent à quatre mois, il en avait trois à huit mois. — Jusqu'à dix mois il était comme les autres enfants ; c'est alors qu'il eut ses *premières convulsions internes*, dit-on, lors de l'éruption d'une molaire ; ces convulsions se répétèrent jusqu'à quatre ans à chaque nouvelle éruption de molaire, mais alors on constata du tétanisme des membres, sans secousses.

Vall... a marché à dix-huit mois, tandis que ses autres frères et sœurs ont marché de dix à douze mois ; il était gros et fort. – Il aurait commencé à parler vers huit à dix mois ;

parole courante dans le cours de la seconde année [1]; il était propre à dix mois.

Mis à l'asile à un an, puis à l'école, il apprenait bien et obtenait des prix. — A onze ans, un jour de mi-carême, étant descendu dans la rue, malgré sa mère, il s'est associé aux jeux d'autres enfants ; l'un d'eux ayant brisé un carreau, tous s'enfuirent. Resté seul, il fut arrêté, conduit au poste, où il est resté deux heures, puis au commissariat ; il fut relâché après six heures d'emprisonnement. L'enfant aurait eu *très peur*, et à sa sortie, il était encore tout hagard. — Il devint alors peureux, sans éprouver aucun phénomène nerveux précurseur du *premier accès*. Celui-ci eut lieu trois semaines après, en jouant, sans aura, perte de connaissance, chute et accès avec mouvements cloniques des bras. Le deuxième accès eut lieu un mois plus tard.

Il est entré une première fois à Bicêtre le 4 mars 1878 ; il tombait alors une ou deux fois par mois. Le 27 juin de la même année, on le retirait de l'hospice sans motif. — De seize ans à sa deuxième entrée, en octobre 1884 (21 ans), les accès ont augmenté et en 1884, il avait de sept à huit accès par mois ; le maximum des accès, en vingt-quatre heures, a été de cinq ; le plus long intervalle entre deux accès, deux jours. Les accès étaient surtout diurnes, mais aussi nocturnes. — Trois à quatre fois par mois il éprouvait des vertiges ; leur début remonte au mois d'août 1883. — On croit que les accès ont augmenté de fréquence à la suite de quelques excès de vin que des commerçants du quartier lui faisaient boire en récompense de courses ou de commissions.

Val... n'aurait jamais eu d'aura; il tourne la tête à gauche en poussant un cri rauque et en ouvrant la bouche ; chute, perte de connaissance, rigidité, *convulsions du côté gauche seulement*, ni stertor, ni écume, ni urination involontaire. — Il se blesse souvent au menton et à la tête, se mord la langue presque à chaque accès. — Après un sommeil de une à deux heures, il se réveille sans se souvenir de ce qu'il vient d'éprouver. Il n'aurait jamais eu d'excitation maniaque, ni d'hallucinations, mais on a noté des *idées tristes* et, à deux reprises, il a tenté de se *suicider :* une première fois, il y a cinq

[1] Tous ses frères et sœurs ont parlé de bonne heure ; la dernière parlait très bien à un an.

ans, en essayant de se jeter par la fenêtre, tentative suivie d'un accès ; une seconde fois, l'année suivante, avec un couteau que sa mère lui arracha des mains ; elle se blessa l'index et le médius. A la vue du sang, il resta comme anéanti, mais n'eut pas d'accès.

Les *accès avec propulsion*, considérés comme des vertiges, ont débuté en août 1883. Revenant du marché avec sa mère, il s'est mis tout à coup, sans rien dire, à courir à une distance d'environ 100 mètres; puis, se retournant, il est revenu à son point de départ toujours courant ; la face était pâle, livide ; il se remit à parler après quelques instants. — Trois jours après cette *première course*, se trouvant à la barrière de Montreuil, avec sa grand'mère maternelle, il se mit à courir, ayant sa sœur, âgée de 2 ans, dans les bras ; sa grand'mère put l'arrêter, le coller contre un mur, lui enlever l'enfant, il n'en continua pas moins ensuite à courir. — A la maison, il courait dans la chambre ; sa mère le saisissait violemment, le couchait sur un canapé et l'y maintenait fortement jusqu'à la fin de la crise. Parfois il renversait la table, une chaise et passait par-dessus. On ne sait dire si, en revenant, il suivait exactement la même ligne, ni si, comme à Bicêtre, il se garait des personnes ou des objets. Ces *accès procursifs* n'étaient pas précédés d'aura. — En 1883-1884, il avait deux à trois de ces accès par mois ; une seule fois, il eut plusieurs accès dans la même journée (six le 14 juillet de cette année).

En septembre 1884, il a été pris, après un de ces accès, d'une *agitation choréiforme des extrémités supérieures et inférieures, de la tête ;* la parole était saccadée ; cet état a duré une demi-heure. — Les mêmes mouvements choréiformes se sont reproduits quelques jours après, mais sans être précédés d'accès ou de vertiges; ils durèrent trois quarts d'heure sans perte de connaissance.

La *mémoire* a diminué depuis deux ans ; le *caractère* n'a pas changé, Vall... est affectueux, n'a pas de mauvais instincts et ne s'est jamais livré à des actes de violence.

Il a été traité à diverses reprises par le bromure de potassium. Il a été vacciné, a eu la rougeole à l'âge de deux ans, mais n'a eu aucune autre maladie éruptive ou infectieuse, ni otite, ni ophthalmie, ni vers, etc. Il serait sujet à *transpirer des pieds* et aurait un durillon sous le pied. Pas d'onanisme, pas de rapports sexuels.

Durant l'interrogatoire de sa mère, comme il attendait devant le cabinet, assis sur un banc, il se lève subitement, se met à courir jusqu'au coin de la grille, puis entre celle-ci et la première rangée d'arbres (30 mètres environ); arrivé au cinquième arbre, il se retourne et revient au premier en courant; là il est saisi et maintenu par un infirmier, et, quelques secondes après, tout était terminé.

Etat actuel. — *Crâne* symétrique, dolicocéphale, avec méplat pariéto-occipital; les bosses frontales et pariétales sont également peu accentuées, les cheveux bruns; — les oreilles bien ourlées sont bien conformées, leur lobule, normal, est adhérent dans les deux tiers supérieurs.

	1885	1887
	—	—
Diamètre antéro-postérieur........	19.7	20
— bi-pariétal maximum...	15 »	15.1
— bi-temporal..	»	12.8
Circonférence horizontale........	»	57
Demi-circonférence d'une oreille à l'autre en passant par le vertex..	»	32

Le front est élevé, assez large; le rebord orbitaire gauche proéminent (exostose) présente une cicatrice irrégulière produite par des chutes dans les accès.

Face ovale, assez régulière, bien symétrique. — *Sourcils* bruns, moyennement longs, assez épais, se rejoignant sur la ligne médiane. — *Yeux* un peu proéminents, fendus en amande; iris d'un bleu clair; pupilles égales, cils assez longs. — Pommettes saillantes; petit kyste sébacé sur la droite. — *Nez* assez large, droit. — *Lèvres* épaisses, la supérieure déborde l'inférieure; bouche : 7 centimètres. — Léger prognatisme du maxillaire inférieur; menton rond, présentant une cicatrice curviligne de 4 centimètres consécutive aux chutes convulsives.

Dentition. — A la mâchoire supérieure, à gauche, la première petite molaire et la troisième grosse molaire manquent, l'incisive médiane est cariée; à droite, les deux incisives, la canine et la première petite molaire sont cariées. A la mâchoire inférieure, à gauche, la première petite molaire manque; à droite on constate l'absence de la deuxième petite molaire et de la troisième grosse molaire.

Physionomie un peu hébétée; parole un peu lente, assez

facile; tremblement fibrillaire de la langue assez marqué; pas de tremblement labial.

Cou : circonférence : 36. — *Tronc*, normalement conformé. — Appareil circulatoire (Pouls, 80 à 88), respiratoire (16), digestif et urinaire normaux.

Puberté. — Moustaches et barbe de couleur châtaine peu fournies. — Poils assez développés aux aisselles et à l'anus; pénil recouvert de nombreux poils châtains remontant jusqu'à l'omblic. — Verge, méat, scrotum, testicules (de la grosseur d'une noix), normaux. — Pénis : circonférence et longueur : 9 centimètres [1]. — Gland découvert; onanisme rare.

Les *organes des sens* ne présentent rien de particulier. — *Dynamomètre :* à droite et à gauche, 30.

L'*intelligence* n'est plus ce qu'elle était en 1878; à cette époque elle était ouverte; V... travaillait facilement, savait lire et écrire. Actuellement il ne sait la date de sa naissance, il ignore dans quel mois, à quelle date nous sommes, il indique cependant exactement le nom du jour. Il est utilisé au balayage des cours, besogne dont il s'acquitte aussi mal qu'il répond.

Aura. — Le malade avant les accès ordinaires et les accès procursifs éprouverait, sous la plante du pied gauche, un chatouillement qui remonterait jusqu'au pli de l'aîne, mais il est difficile, en raison de l'état intellectuel de V..., de lui faire préciser la marche exacte de cette sensation. On peut seulement savoir qu'au niveau de la lèvre supérieure gauche, il ressent de temps à autre un fourmillement qui disparaît par la compression. Toujours est-il qu'il paraît pouvoir empêcher l'accès soit par une pression digitale du gros orteil, soit par une pression circulaire au-dessus du cou de pied L'aura semble du reste être d'assez longue durée, et se produit aussi bien pour les accès procursifs que pour les autres.

Description d'un accès. — Le malade, assis sur une chaise à l'infirmerie, se lève tout d'un coup et se *met à courir* assez vite jusqu'à la cloison (trente mètres); il fait deux fois le tour du poêle et revient à son point de départ. — On l'assied sur un

[1] Il va de soi que ce chiffre n'est qu'approximatif et qu'il peut varier dans une certaine mesure par suite de la constitution vasculaire de l'organe.

fauteuil; aussitôt le membre inférieur gauche est pris de mouvements rapides du pied tapant le sol (160 tapotements à la minute) qui durent de 6 à 10 minutes. — Le malade ne répond pas aux questions, puis après 2 à 3 minutes, tandis qu'il essayait de défaire son bas (automatisme), il tombe en arrière sans connaissance, les yeux ouverts, fixes, les pupilles moyennement dilatées, le bras gauche un peu raide, le bras droit presque souple ; il se produit ensuite quelques mouvements cloniques dans les deux bras, mais surtout dans le gauche. Il redevient immobile et au bout de quelques instants est repris de quelques secousses cloniques ; puis immobilité (10 h. 16). La face n'a pas changé de couleur; Val... reste hébété pendant 2 à 3 minutes, parlant avec peine, puis reprend son pied déchaussé pour montrer son durillon.

A 10 h. 19, *trépidation* légère de la jambe gauche, puis du bras gauche et enfin du bras droit ; ces trépidations de la jambe gauche cessent momentanément, et l'agitation du bras gauche s'arrête quelques secondes après celles du bras droit ; — la jambe gauche est alors reprise de trépidation. La face est un peu chaude.

A 10 h. 22, le malade dit : « Il n'y a que de ce côté-là que j'ai le mal que j'ai, » et à ce moment l'agitation recommence dans la jambe et le bras gauches ; la face devient très rouge. — A 10 h. 24, trépidation légère de la jambe gauche.

D'habitude la crise durait moins longtemps et en général, aussitôt après la *course* terminée, il vient se placer dans le lit de camp, s'endort pendant une dizaine de minutes et se remet ensuite à son ouvrage. — Parfois, pendant les mouvements de trépidation, il demande son couteau pour s'ouvrir le ventre et dit : « Je veux voir mon père avant de mourir. »

1885. 28 *février* — *Ecchymose* sous-conjonctivale de l'angle externe de l'œil gauche à la suite d'un accès. — *Hydrothérapie.*

1886. 8 *novembre.* — Inflammation du durillon du pied gauche. — Le durillon est enlevé.

1887. 26 *janvier.* — Vall... est pris d'un accès. Il ressent un engourdissement du pied gauche, cherche à empêcher l'accès au moyen de la compression de l'orteil ; à ce moment il répondait encore aux questions, puis après s'être incliné à gauche, il tombe lentement en arrière sans cri. La face est légèrement congestionnée. Les secousses débutent par le bras droit

qui paraît plus secoué d'abord, puis par les extrémités gauches ; la résolution arrive rapidement ; les pupilles égales sont légèrement dilatées ; ni bave, ni stertor, ni évacuation involontaire. La résolution est encore suivie de quelques secousses cloniques du côté gauche que le malade accuse être le siège de son mal ; pendant toute la durée de l'accès (12 secondes) il semble conserver sa connaissance.

Peu après, le malade, hébété, est pris d'un *tremblement général ;* il s'incline en arrière, puis la jambe gauche est agitée de secousses cloniques ; de la main droite il se comprime le gros orteil, et cela sans lâcher une cigarette qu'il tient de la main gauche. Après une compression de trois secondes tout est terminé. Les pupilles sont dilatées.

MOIS	1884		1885		1886		1887	
	ACCÈS	VERTIGES[1]	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier.			9	87	2	—	4	36
Février.			11	70	—	2		
Mars.			8	107	3	—		
Avril.			13	62	23	50		
Mai			28	45	13	78		
Juin			22	48	20	59		
Juillet			26	58	14	66		
Août.			25	90	22	39		
Septembre			10	129	7	53		
Octobre	8	—	12	103	20	53		
Novembre	13	1	18	64	9	37		
Décembre	17	31	11	65	3	54		
Totaux	38	32	193	1028	136	497		

[1] Les accès procursifs sont relevés comme vertiges.

1884. Octobre. — *Poids* : 51 kil. *Taille* : 1m,63.
1885. Janvier. — *Poids* : 53 kil. *Taille* : 1m,63.
— Août. — *Poids* : 54 kil. 200. *Taille* : 1m,63.
1886. Janvier. — *Poids* : 53 kil. *Taille* : 1m,63.
— Août. — *Poids* : 53 kil. 500. *Taille* : 1m,64.

Il s'écoule quelques minutes, puis Vall... est pris d'une sorte de — *mouvement automatique* — qui le porte à gauche et en avant, mais ayant glissé alors sur le carreau, il tombe sans lâcher sa cigarette, toujours tenue de la main gauche ; le bras droit est agité de mouvements assez étendus. — Relevé, il est pris dans la position debout de *secousses de tout le corps*, les membres inférieurs fléchissent un peu, mais les pieds ne quittent pas le sol ; la face est pâle, les pupilles sont légèrement dilatées. — Nouvelles secousses généralisées à tout le corps, le malade se frappe de la main gauche la cuisse gauche, puis survient un *tapotement* du talon du pied gauche, la pointe du pied restant fixe, suivie d'une inclinaison à gauche ; face pâle, pupilles légèrement dilatées, puis soupir ; — durée, 39 secondes. — Le regard est vague, la physionomie hébétée. — Vall... est pris encore à plusieurs reprises de nouvelles secousses et d'une sorte de tremblement fibrillaire avec tapotement du talon gauche.

Réflexions. — Vall... a eu son *premier* accès trois semaines après une émotion vive occasionnée par un emprisonnement de quelques heures, il avait onze ans. Jusqu'à l'âge de vingt ans les accès auraient eu le caractère des accès d'épilepsie ordinaire, sauf que les secousses cloniques ne se produisaient que du côté gauche.

C'est alors que l'on vit s'adjoindre aux accès ordinaires des *accès procursifs ;* la course avait lieu en ligne droite, était accompagnée de pâleur de la face. Un an après le début de ces accès procursifs Vall... eut à la suite de deux d'entre eux une *agitation choréiforme* des membres et de la tête, la première fois d'une durée d'une demie-heure, la seconde de trois quarts d'heure. Depuis son entrée à l'hospice nous avons observé des mouvements de trépidation, survenus en dehors de tout accès, et se rapprochant, selon nous, beaucoup plus de l'épilepsie spinale que de la chorée.

Les *facultés intellectuelles* ont décliné à partir de

1878 ; cette déchéance paraît être due exclusivement à l'accroissement progressif du nombre des accès ordinaires.

On ne saurait dire si l'*extirpation du durillon* du pied gauche a eu une influence sur le nombre des accès, quoique à première vue ceux-ci aient été moins fréquents en novembre et décembre 1886, mais il peut n'y avoir dans ce fait qu'une de ces nombreuses coïncidences si fréquentes dans l'évolution symptomatique des affections chroniques, et en particulier de l'épilepsie.

Chez Vall..., on ne peut s'empêcher de faire un rapprochement entre les symptômes particuliers à son aura et ceux qu'on observe si fréquemment dans l'aura de l'épilepsie jacksonienne. De même que dans celle-ci, cette *aura périphérique* peut être provoquée par l'excitation de zones épileptogènes et peut de même être interrompue par certaines manœuvres locales [1].

Il est beaucoup plus difficile que chez Grand..., de bien déterminer si, chez Vall..., nous avons affaire à un accès ou à un vertige procursif; cependant le fait qu'en général le malade à la suite de ces actes procursifs va de lui-même se placer dans le lit de camp et s'y endort pendant une dizaine de minutes semble plutôt devoir les faire assimiler à un accès.

Le tableau suivant résume les caractères principaux des trois manifestations de l'épilepsie observées chez ce malade.

[1] Par certains caractères Vall... semble se rattacher à l'hystérie; — on peut du reste observer l'épilepsie et l'hystérie chez le même malade. L'un de nous en a publié un cas.

ACCÈS PROCURSIF (Durée : 8 à 13 minutes)	ACCÈS ORDINAIRE	PHÉNOMÈNES D'ÉPILEPSIE SPINALE
Course. Tapotement du pied gauche. Hébétude. Automatisme.	Chute en arrière ou affaisement. Dilatation des pupilles. Rigidité du bras gauche. Secousses cloniques des deux bras plus prononcées à gauche. Immobilité. Nouvelles secousses cloniques. Hébétude. Automatisme.	Trépidation de la jambe gauche, puis du bras gauche, et enfin du bras droit. Arrêt dans le même ordre, puis reprise de la trépidation localisée à la jambe et au bras gauche. Face congestionnée.

OBSERVATION XIV. — *Mère : névralgie, phthisie. — Oncle maternel phthisique. — Cousin issu de germain, épileptique. — Consanguinité. — Convulsions dans l'enfance. — Absences (treize ans). — Accès (dix-huit ans). — Augmentation des accès et diminution des absences vers vingt-six ans. — Accès surtout nocturnes. — Course en ligne droite après les accès. — Traitements divers sans succès. — Diminution de l'intelligence à partir de vingt-cinq ans. — Démence.*

Car... (Alexandre), né le 24 mai 1841, entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 6 mai 1874, est décédé le 9 décembre 1886.

Renseignements fournis par le père. — *Père*, soixante-dix-huit ans, bien portant, marié à vingt-huit ans, a eu une fluxion de poitrine il y a cinq ou six ans. [Père et mère morts âgés (quatre-vingts ans).]

Mère mariée à trente ans, morte à soixante-cinq ans, phthisique, un peu nerveuse, vive, pas de migraines ; elle avait des crises douloureuses survenant subitement dans une oreille et disparaissant instantanément mais l'obligeant à fléchir sur elle-même, elles revenaient deux ou trois fois par an ; elle ne tombait pas ; cette *névralgie* n'a débuté que vers l'âge de cinquante ans, elle l'a gardée jusqu'à soixante-quatre ans. [*Père* et *mère* morts vieux. — Un cousin germain du côté paternel est atteint d'épilepsie.]

Consanguinité : le *père* et le *mère* du malade étaient cousins germains et portaient le même nom.

Deux *enfants:* 1° un mort mort-né ;

2° Notre *malade.* Né à terme, élevé au sein par sa mère. Pendant la première et la deuxième année, il a eu plusieurs fois des *convulsions ;* n'a pas été en retard pour la parole, la marche et la propreté. De cinq à douze ans, il a été en classe; pendant ce temps, il n'a pas été malade, se développait, apprenait bien.

A douze ans, il a été placé chez un architecte ; celui-ci s'est aperçu que l'enfant avait des *absences,* mais il paraît qu'alors, elles étaient peu fréquentes. A quatorze ans, il est entré au chemin de fer comme dessinateur; là *les absences* ont été remplacées par des *vertiges* qui *sont devenus tellement nombreux qu'il a été forcé de donner sa démission* au bout de deux ans. Ensuite son père l'a gardé chez lui, où il a continué à dessiner, les absences ont persisté, on avait été obligé de placer près de lui un homme pour le garder *parce qu'il lui arrivait souvent* de S'ÉCHAPPER EN COURANT et qu'une fois l'accès passé, il ne savait plus où il était et ne se souvenait de rien; il fallait le reconduire chez lui. Il lui a échappé une fois, et ce n'est que deux jours plus tard qu'il a été reconnu à Bercy par un ami de sa famille : il n'avait pu indiquer son adresse. — On s'apercevait de l'arrivée de la *crise procursive* parce que ses yeux changeaient, devenaient hagards, que la face pâlissait et qu'il balbutiait. Durant ses courses, il ne semblait rien entendre, évitait les obstacles et parfois faisait entendre une sorte de bourdonnement. A la fin de la course, la face était tout à fait décomposée et, quelquefois, on entendait une sorte de ronflement passager, et on observait un peu de bave, mais jamais d'écume ni d'évacuation involontaire. Le regard restait égaré durant quelques instants. Le malade était long à se remettre, s'assoupissait pendant deux heures au moins. La mémoire était obscurcie pendant une journée et même davantage.

Si l'accès prenait le malade dans la chambre, il ne cassait pas les objets. On parvenait assez bien à le maintenir sans provoquer de violence. — La nuit, on le maintenait sur son lit avec des sangles. — Dans la rue, il ne s'est jamais blessé. — Le plus souvent, même après l'apparition des accès ordinaires, les accès procursifs étaient isolés; quelquefois, un accès convulsif venait arrêter brusquement la course.

Outre ses *accès procursifs*, Car... avait des *accès rotatifs :* tantôt il décrivait des cercles à court rayon, qui se terminaient souvent par un *accès convulsif* ordinaire; tantôt il décrivait des cercles irréguliers à grand rayon, évitant les personnes, les arbres, etc. Son père ne saurait dire si la rotation s'opérait toujours dans le même sens et quel il était. A l'époque de sa sortie du chemin de fer (dix-huit ans), il a eu ses premiers accès, il tombait comme une masse, était roide, avait des mouvements convulsifs pendant un instant et de l'écume buccale. Pas d'incontinence d'urine à la suite des accès. Après les grands accès *il cherchait aussi à s'échapper*, pendant une heure ou deux il fallait le surveiller. Revenu à lui, il ne se souvenait de rien, se plaignait de mal de tête et restait sombre pendant une heure ou deux. D'habitude, rien ne faisait présager l'arrivée de l'accès ; quelquefois cependant, Car... avait plusieurs petits mouvements nerveux. Peu à peu les accès sont devenus de plus en plus nombreux. Vers l'âge de vingt-six ans, il a eu 48 accès dans la nuit, suivis d'une rémission de trois mois. Toujours les accès ont été plus fréquents la nuit. *Les vertiges ont diminué en même temps que les accès augmentaient*, mais les courses persistaient encore après l'admission. Il a travaillé seulement jusqu'à vingt-cinq ans. Les facultés intellectuelles ont décliné peu à peu ; néanmoins, quand il est entré à Bicêtre (trente-huit ans), il causait encore un peu, lisait le journal, etc. Voici comment a été provoqué son internement : Étant sorti aux environs de sa demeure avec une tante, il s'est mis subitement à courir, et si vite que sa tante n'a pu le rejoindre; puis il a été pris d'un accès ordinaire. Les sergents de ville ont essayé de le maintenir, lui ont froissé les poignets. L'accès fini, comme il ne pouvait donner aucun renseignement, il a été conduit au poste puis au dépôt de la préfecture de police, de là à Sainte-Anne et enfin à Bicêtre[1].

1879. 6 *octobre*. — Bromure de potassium : 5 gr.

1880. 28 *juin*. — Bromure de camphre : 3 gr.

3 *septembre*. — C... prend 8 gr. de bromure de camphre depuis le commencement du mois de juin. Suspendu jusqu'au 6 septembre.

[1] Nous avons revu le père de Car... le 13 août 1887. Il nous a confirmé, en les complétant, tous les détails qui précèdent. Il a aujourd'hui quatre-vingts ans, est tout à fait valide et possède encore ses facultés.

4 *septembre.* — Purgatif. — 6. 3 capsules de bromure de camphre. — 10. 4 capsules. — 15. 5 capsules. — 25. 6 capsules. — 30. 8 capsules.

26 *décembre.* — Suppression du bromure de camphre. Traitement par le bromure de potassium: 4 gr. jusqu'au 5 janvier; 6 gr. jusqu'au 15 janvier ; 8 gr. jusqu'au 30 janvier.

1881. 30 *avril.* — Suppression du bromure de potassium.

2 *mai.* — *Traitement hydrothérapique.* — *Mémoire* confuse, sait ses nom et prénoms, ignore le jour, le mois et l'année ; il dit être à Bicêtre depuis sa naissance ou depuis deux ans ; il s'habille seul, mais très lentement ; est encore propre.

14 *octobre.* — *Suppression* du traitement hydrothérapique. — Le malade est en *démence ;* ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on est arrivé à lui faire prendre les douches. — Il est encore propre, mange seul, mais on est obligé de l'aider à s'habiller.

1882. *Avril.* — On essaie inutilement de le soumettre à niveau au traitement hydrothérapique.

1883. 3 *décembre.* — Car... se rappelle son nom, ignore les dates, ignore où il est, dit qu'il est avec des serruriers. — On constate une paralysie incomplète de la face ; le sillon naso-labial droit est effacé, la commissure labiale gauche est tirée à gauche ; pas de déviation, ni de tremblements de la langue. Parole libre ; pupilles égales, normales. Il *court* après ses accès.

1884. 2 *juillet.* — Parfois Car... s'habille ou se déshabille seul, mais le plus souvent il faut l'habiller. Il mange seul, mais ne se sert pas du couteau ; il se lave mal. Pas de tremblement des lèvres, ni de la langue ; il ne répond que par quelques mots incohérents.

1885. 9 *janvier.* — Il est maintenant incapable de s'habiller et de se déshabiller seul. — Langage incohérent ; on ne peut lui faire dire son nom.

31 *décembre.* — Le malade urine au lit toutes les nuits, il est quelquefois grand gâteux. — Léger embarras de sa parole; pas de tremblement des lèvres et de la langue.

1886. — *Novembre.* — Le malade est dans le même état, allant et venant comme d'habitude.

3 *décembre.* — Car... s'alite ; l'appétit avait diminué depuis deux ou trois jours ; mais il ne se plaignait de rien, on avait remarqué qu'il maigrissait, qu'il fléchissait sur les jambes.

9 *décembre.* — La température à 36°,6 le soir du 7 descend progressivement à 34° (9 heures du soir). Hier il a encore mangé comme d'habitude et le matin il voulait encore se lever, puis il est tombé dans le coma et a succombé.

Description d'un accès (3 octobre 1886). — Le malade pousse un bourdonnement rauque et tombe lentement en avant sans se blesser. Le corps étant entièrement étendu à terre sur l'abdomen, les bras s'écartent lentement du tronc jusqu'à angle droit ; les jambes s'écartent également de 30 centimètres environ de la ligne médiane. Pas d'urination, ni de défécation[1], ni de morsure de la langue.

Le ronflement est fort, pas d'écume; la main gauche reste contracturée pendant environ vingt minutes après l'accès. La durée de l'accès est d'environ trois minutes; le malade se lève et continue sa promenade interrompue.

Durant les années précédentes, on a souvent constaté la course consécutive aux accès, Car... courait droit devant lui après s'être levé d'un bond.

Selon une note de l'infirmier du chauffoir, ce malade, avant de tomber, tourne plusieurs fois sur lui-même en poussant un cri prolongé; puis se baisse doucement sur le côté gauche jusqu'à ce qu'il touche la terre où il s'allonge la face tournée sur le terrain. Alors il devient raide, la figure grimace, elle est pourpre. — Lorsque l'accès est passé, il fait aller les jambes à droite et à gauche, les ramènent sur la poitrine trois ou quatre fois, puis se relève, tourne encore, se met à marcher vite, court même quelquefois, mais avec la démarche d'un homme ivre. Voici le tableau des accès :

[1] Il gâte parfois dans ses accès et se livre quelquefois à des actes de violence après les crises.

MOIS	1874		1875		1876		1877		1878		1879		1880	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	45	»	32	»	47	»	37	»	24	»	31	3
Février	»	»	20	»	37	»	41	»	30	»	32	»	34	17
Mars	»	»	59	»	32	»	30	»	29	»	33	»	28	20
Avril	»	»	46	»	34	»	31	»	13	»	25	»	32	38
Mai	28	»	38	»	22	»	17	»	20	»	31	»	23	19
Juin	16	»	40	»	30	»	15	»	7	»	32	»	30	10
Juillet	19	»	36	»	28	»	17	»	24	»	40	»	46	5
Août	32	»	36	»	24	»	19	»	26	»	35	»	56	14
Septembre	30	»	38	»	37	»	19	»	23	»	35	»	80	10
Octobre	45	»	23	»	44	»	30	»	27	»	16	6[1]	57	18
Novembre	47	»	46	»	28	»	23	»	34	»	7	3	59	27
Décembre	55	»	23	»	40	»	31	»	33	»	8	»	46	6
Totaux	272	»	450	»	388	»	320	»	309	»	318	9	522	187

MOIS	1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	44	13	87	»	77	3	67	10	33	19	55	39
Février	37	1	55	»	49	3	70	1	23	20	28	21
Mars	44	3	104	1	44	3	62	19	52	20	21	22
Avril	23	9	58	2	60	3	48	17	50	8	37	9
Mai	53	7	70	»	66	5	47	23	39	14	30	6
Juin	61	12	47	6	66	»	47	27	36	24	12	14
Juillet	82	22	78	»	72	1	54	16	38	33	11	15
Août	87	24	91	»	55	1	36	18	28	31	19	8
Septembre	90	16	64	»	51	4	50	26	46	17	31	15
Octobre	81	4	68	1	58	8	47	23	37	13	28	12
Novembre	74	»	68	2	36	19	51	22	65	30	17	8
Décembre	83	5	78	»	64	18	56	15	40	17	6	6
Totaux	759	114	868	12	698	68	635	217	477	246	295	175

[1] Le relevé des vertiges n'a été fait que lors de la prise de possession du service par M. Bourneville.

Poids. — 1879. Novembre : 61 kil. 500 gr.
— 1880. 16 septembre : 59 kil. 300 gr.
— 1882. 31 juillet : 62 kil.
— — Janvier : 63 kil. 700 gr.
— — Juin : 63 kil. 100 gr.
— 1883. Janvier : 63 kil. 400 gr.
— — 30 juin : 61 kil. 200 gr.
— 1884. 31 janvier : 60 kil. 400 gr.
— — Juillet : 60 kil. 100 gr.
— 1885. Janvier : 57 kil. 300 gr.
— — Août : 62 kil. 200 gr.
— 1886. Janvier : 63 kil.
— — 8 août : 52 kil.
— — 6 décembre : 43 kil. 500 gr.
— — 9 — (après décès) : 43 kil.
Taille : 1m67 ; 1m65 ; 1m66 1/2.

AUTOPSIE (le 11 décembre). — *Poumon droit :* emphysème et congestion assez prononcée du sommet où existent un noyau crétacé et une caverne. Légère adhérence du sommet. Œdème de la base. — *Poumon gauche :* léger emphysème du sommet et des bases; petite *masse crétacée* du volume d'un petit pois à l'extrémité supérieure du lobe inférieur; congestion assez prononcée du lobe inférieur. *Cœur :* 230 grammes, sain.

Abdomen. — *Rate* chagrinée (70 grammes). — *Foie :* (920 grammes), un peu congestionné. — *Rein droit* (120 grammes), lobuté, petit kyste de la grosseur d'un gros pois. — *Rein gauche* (120 grammes), même aspect, petit kyste plus petit qu'à droite dans la substance corticale.

Tête. — *Cuir chevelu*, moyennement épais, sans ecchymoses. — *Dure-mère* assez fortement congestionnée. — *Sinus* presque vides. — Les *os* du crâne sont durs et épais ; les différentes parties de la calotte et de la base paraissent symétriques, le trou occipital est normal. Les artères de la base de l'encéphale, les nerfs, les tubercules musculaires, etc., ne présentent rien d'anormal.

Encéphale : 1,360 gr. — *Cervelet et isthme :* 165 gr. — *Hémisphère cérébral droit :* 605 gr. — *Hémisphère cérébral gauche :* 590 gr. — *Cervelet :* 150 gr.

Hémisphère droit. — La *pie-mère* est légèrement congestionnée, sauf au niveau du pli pariétal supérieur où il existe une ecchymose ; elle est mince, mais s'enlève facilement

sans entraîner de substance grise, si ce n'est au niveau du pli pariétal supérieur. Pas de lésions en foyer. — *Ventricule latéral, couche optique, corps strié, corne d'Ammon*, etc., rien de particulier.

Hémisphère droit. — La *scissure de Sylvius* est normale ; le *sillon de Rolando* est très profond, sinueux.—La *scissure perpendiculaire externe*, également très profonde, va se jeter dans la scissure interpariétale. — Le *Lobule orbitaire* présente des scissures et des circonvolutions normales.

Face convexe. — Lobe frontal. — En avant de la circonvolution frontale ascendante, il existe une scissure profonde, parallèle, partant du bord interne de l'hémisphère interrompue par deux plis de passage allant de la seconde circonvolution frontale à la frontale ascendante, puis se continuant en dessous de ceux-ci jusqu'à la scissure de Sylvius ; elle sépare ici le pied de la troisième frontale de la circonvolution frontale ascendante. — La *scissure frontale inférieure* est très irrégulière, interrompue par des plis de passage se rendant de la deuxième à la troisième frontale ; elle communique largement à sa partie postérieure avec la *scissure frontale supérieure*, séparant ainsi le tiers postérieur de la deuxième frontale de ses deux tiers antérieurs. — La scissure frontale supérieure est profonde surtout en arrière. — La *première circonvolution frontale*, bien conformée, large, est dédoublée dans sa partie médiocre. — La *deuxième circonvolution frontale*, également large, est irrégulière, s'insère par deux plis de passage à niveau et parallèles à la circonvolution frontale ascendante ; elle envoie deux plis de passage à la *troisième circonvolution frontale*, qui est également de même irrégulière, comme tassée ; quoiqu'elle soit peu développée, son V médian présente des traces de dédoublement, ou plutôt une scissure médiane partant de sa pointe dans la scissure de Sylvius ; cette partie médiane se trouve inférieurement située à un demi-centimètre environ au-dessus du pied de la circonvolution. Dans son ensemble, le *lobe frontal* paraît normal et très bien développé dans sa partie postérieure, mais en avant, quoique très plissé, il semble ramassé sur lui-même, et le sillon de Rolando se trouve par suite plus rapproché de l'extrémité antérieure que de l'extrémité postérieure.

Les *circonvolutions frontale* et *pariétale ascendantes* sont bien développées, sinueuses, normales. — Le *lobule pariétal supé-*

rieur est moyennement développé; il envoie à son extrémité inférieure et antérieure un pli de passage étroit au *lobule pariétal inférieur* qui est bien conformé, très plissé. La *scissure interpariétale* forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle complète; elle est interrompue au commencement de sa courbe par le pli de passage signalé plus haut, puis se poursuit dans le sillon occipital supérieur jusqu'au sillon transverse. — Le *pli courbe* est assez développé, sinueux. — Le *lobe occipital* est bien conformé.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale* est normalement confirmée avec deux circonvolutions temporales transverses se rendant au fond de la scissure de Sylvius. — La *scissure parallèle* est très profonde, elle se prolonge jusqu'à la scissure interpariétale en divisant le sommet du pli courbe. — La *deuxième circonvolution temporale*, le *deuxième sillon temporal* et la *troisième circonvolution temporale* sont bien développés et ne percutent pas d'anomalies. Il existe un *sillon préoccipital* complet qui partant de l'incisure préoccipitale va se terminer à 5 mill. de la scissure interpariétale en face de la scissure perpendiculaire externe, dont il est séparé par un pli de passage, allant du pli courbe au lobe occipital. Ce sillon délimite nettement le lobe temporal du lobe occipital. — Le *lobule de l'insula* ne possède que deux digitations qui sont bien développées, larges et subdivisées.

Face interne. — *Lobe temporo-occipital.* — Les circonvolutions et les deux scissures temporo-occipitales sont bien développées: au tiers antérieur existe une scissure profonde divisant transversalement tout le lobe.

Lobe frontal. — La *scissure calloso-marginale* semble prendre son origine au centre même du lobule paracentral par deux branches, une oblique postérieure, une verticale antérieure. Ces deux branches très profondes et atteignant le rebord interhémisphérique ne sont pour l'antérieur que l'exagération du sillon médian paracentral prolongé en haut et en bas. La *scissure fronto-pariétale interne* est ici constituée par la branche oblique postérieure. La scissure calloso-marginale ne possède pas de prolongement postérieur et ne fournit pas d'incisure préovalaire; celle-ci est seulement indiquée par une très légère dépression. La *première circonvolution frontale interne* est bien développée, normale, très découpée; elle envoie vers son milieu un pli de passage maigre, à niveau, à la

circonvolution du corps calleux. Le *lobule paracentral*, bien développé, est mal délimité en avant et en arrière. — Le *lobule quadrilatère*, large, a un pli de passage pariéto-limbique antérieur, complètement isolé par une scissure verticale profonde atteignant presque la circonvolution du corps calleux. Il existe aussi un pli pariéto-limbique postérieur mal délimité en avant par la scissure sous-pariétale qui est très irrégulière. — La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde, se prolonge jusqu'au niveau du bourrelet du corps calleux. La *circonvolution du corps calleux*, la *fissure calcarine*, le *coin*, le *corps calleux*, ne présentent rien de particulier.

Hémisphère gauche. — Légère vascularisation de la *pie-mère* qui s'enlève facilement. *Ventricule latéral*, *corps strié*, etc., normaux. La *scissure de Sylvius*, normale, envoie trois rameaux antérieurs ascendants. — Le sillon de Rolando, très sinueux, profond, se termine dans la scissure de Sylvius à 3 ou 4 mill. environ du lobule de l'insula. — La *scissure perpendiculaire externe* n'est constituée que par une simple encoche d'un centimètre environ; elle est séparée de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau, reliant le lobe occipital au lobule pariétal supérieur. — Le *lobule orbitaire* est bien conformé.

a). *Face convexe.* — On trouve en avant de la circonvolution frontale ascendante une *scissure parallèle frontale* interrompue à sa partie médiane par deux plis d'insertion de la deuxième circonvolution frontale. — La *scissure frontale inférieure* sinueuse, est interrompue par un pli de passage allant de la deuxième circonvolution frontale au cap de la troisième. La *scissure frontale supérieure* est légèrement sinueuse, coupée à son extrémité antérieure par un pli de passage venant de la *première circonvolution frontale* qui est assez bien conformée, un peu maigre à son extrémité antérieure et s'insère à la frontale ascendante par un pli sinueux et grêle. — La *deuxième circonvolution frontale* très développée dans sa moitié postérieure, l'est peu dans sa moitié antérieure. — La *troisième circonvolution frontale* possède un pied grêle; son cap est subdivisé en trois parties par les deux rameaux antérieurs ascendants supplémentaires de la scissure de Sylvius, mais ces parties réunies ne donnent pas un volume plus grand que celui d'un cap ordinaire bien conformé.

Les *circonvolutions frontale et pariétale ascendantes* sont

bien développées, normales. — Le *lobule pariétal supérieur*, régulier, est peu volumineux; en effet la *scissure interpariétale* présente une courbe très accentuée qui remonte à un centimètre de la scissure interhémisphérique; le *lobule pariétal inférieur* est sinueux, très découpé, très développé au détriment du lobule pariétal supérieur. — Le *pli courbe* est assez gros également. — La *scissure interpariétale* forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle presque complète. Elle se continue en arrière avec la scissure occipitale supérieure au delà de la scissure occipitale transverse. — Le *lobe occipital* est bien conformé; mais la scissure occipitale transverse n'existe que dans sa partie supérieure; en dessous de la scissure interpariétale continuée elle est interrompue par un pli de passage se dirigeant vers la deuxième circonvolution occipitale. A un centimètre en avant du pôle occipital se trouve une scissure transverse assez profonde allant de la scissure interhémisphérique à la deuxième scissure occipitale.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale* assez bien développée, sinueuse, envoie à son quart antérieur un pli de passage à niveau, grêle, à la *deuxième circonvolution temporale* qui, elle, est très développée et pousse trois plis de passage à niveau à la *troisième* assez bien développée. Il existe *quatre circonvolutions transverses temporales* se rendant au fond de la scissure de Sylvius. La *scissure parallèle*, profonde, sinueuse, a un trajet très étendu par suite de la hauteur du pli courbe; en avant d'elle et parallèlement il existe une autre scissure empiétant d'un centimètre sur la première circonvolution temporale et se terminant dans le lobule pariétal inférieur à 3 millimètres environ de la scissure interpariétale; à sa partie médiane une scissure transverse assez profonde la met en communication avec la scissure parallèle. Il existe un *sillon préoccipital* complet, qui, partant de l'incisure préoccipitale, profonde, va rejoindre la scissure parallèle au niveau de sa courbe et isole ainsi nettement le lobe occipital. Le *lobule de l'insula* n'a que deux digitations principales.

b. Face interne.—*Lobe temporo-occipital.* Les circonvolutions sont bien développées; elles sont toutefois un peu en retrait sur un espace d'un centimètre au niveau de l'incisure préoccipitale. Les scissures sont irrégulières, sectionnées par de nombreux plis de passage; une scissure oblique fait communiquer la première scissure temporo-occipitale avec la seconde.

Lobe frontal. — La *scissure calloso-marginale* est irrégulière, semble se perdre en avant dans la circonvolution du corps calleux; elle communique, d'une part, avec la scissure sous-pariétale et d'autre part avec un sillon vertical profond médian du lobule paracentral à la partie inférieure de la scissure fronto-pariétale interne; à ce niveau, on trouve un pli de passage profond qui, devenu plus bas à niveau, interrompt en allant à la circonvolution du corps calleux la continuité de la scissure calloso-marginale. — La *première circonvolution frontale interne* est très développée, découpée par de nombreux sillons verticaux; elle envoie vers sa partie médiane un pli de passage à niveau à la circonvolution du corps calleux; en avant de ce pli se trouve une scissure parallèle au corps calleux qui semble être la continuation normale isolée de la scissure calloso-marginale dont nous avons signalé un autre prolongement de 3 centimètres environ dans la circonvolution du corps calleux qui est assez bien développé. — Le *lobule paracentral* bien développé envoie à sa partie inféro-antérieure un pli de passage assez gros à niveau, à la première circonvolution frontale interne. — Le *lobule quadrilatère*, large, possède un pli de passage pariéto-limbique postérieur, séparé du reste du lobule par une scissure profondes contournant la scissure interhémisphérique et se terminant dans le lobule pariétal supérieur à un demi-centimètre de la scissure interpariétale. — La *scissure sous-pariétale* est très irrégulière. — La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde, très large et subdivisée à son origine, se prolonge jusqu'au bourrelet du corps calleux. — La *fissure calcarine*, le *coin*, la *cirvolution de l'hippocampe*, le *corps calleux* ne présentent rien de particulier.

Cette observation est très intéressante et elle peut se résumer en ces points : 1° *absences;* — 2° *vertiges;* — 3° *accès procursifs* parfaitement caractéristiques et *accès rotatifs;* — 4° *accès ordinaires* précédés rarement de phénomènes de procursion et souvent de phénomènes de rotation; — 5° persistance, concurremment et pendant plusieurs années, des vertiges, des accès procursifs et des accès ordinaires; 6° ensuite disparition des accès procursifs, augmentation des accès ordinaires et des vertiges, déterminant enfin la

démence. Le tableau des accès comprenant une période de *treize ans* mérite aussi de fixer l'attention.

III. Épilepsie avec aura procursive.

Nous distinguerons les malades qui, sans avoir eu, du moins à notre connaissance, des accès procursifs isolés, ont des accès précédés d'une course, de ceux qui, atteints auparavant d'épilepsie procursive isolée antérieure, ont encore des phénomènes procursifs constituant alors une sorte d'aura de l'accès ordinaire. Ces malades doivent-ils être considérés comme atteints d'une des formes de l'épilepsie procursive, en présentent-ils les lésions anatomiques jusqu'ici constatées? C'est un point sur lequel il nous est impossible de nous prononcer pour l'instant, nos documents étant insuffisants. Ces auras procursives peuvent encore être rapprochées des actes automatiques préépileptiques et n'en sont peut-être qu'une exagération.

Observation XX. — *Epilepsie. — Père, hémiplégie droite. — Mère nerveuse; — grand-père maternel, mort à quatre-vingt et un ans d'une pneumonie; — grand'mère maternelle morte à quatre-vingts ans d'une hémiplégie droite. — Asphyxie à la naissance; — convulsions à dix-huit mois; — parole et marche tardives; — rougeole; — ophthalmie. — Premier accès à dix-sept ans; — vertiges; — aura procursive; — violences.*

Jan.... (François-Ferdinand), né le 2 juillet 1845, est entré le 16 décembre 1884 à Bicêtre. (Service de M. Bourneville.)

Renseignements fournis par sa mère (9 décembre 1885). — *Père*, fabricant de chapeaux, intelligent, fort, de taille moyenne, très sobre; marié à l'âge de trente ans, est mort à cinquante-deux ans, des suites d'une *hémorrhagie cérébrale* (?) (hémiplégie droite avec aphasie, intelligence conservée) qui avait été précédée pendant trois ans de violentes céphalalgies. [*Père*, fabricant de chapeaux, mort à trente et un ans. *Mère*,

morte à soixante-dix ans, sans qu'on puisse dire de quelle maladie. — Pas de renseignements sur les *grands-parents*, et renseignements confus sur les collatéraux.—Pas d'épileptiques, de difformes, de criminels, de suicides, etc., dans la famille.]

Mère, soixante-quatorze ans et demi, coloriste ; elle est très impressionnable, éprouve parfois, à la suite de chagrins, des serrements de gorge avec claquements des dents. — Elle est de taille moyenne, maigre, porte une moustache qui a toujours été très fournie, même dès sa jeunesse ; bien réglée, elle s'est mariée à vingt-six ans, et n'a jamais été malade. — [*Père,* mort à quatre-vingt-un ans d'une pneumonie. *Mère,* morte à quatre-vingts ans des suites d'une *hémiplégie droite* survenue quatre ans auparavant ; elle était vive, impressionnable, mais n'a jamais eu d'attaques nerveuses. — On n'a aucuns renseigements sur les grands-parents. Pas d'épileptiques, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Cinq *enfants*, quatre fausses couches (à 6, 4, et 3 mois) : 1° fille, modiste, bien portante, intelligente, pas de convulsion ; — 2° garçon, né avant terme, mort en nourrice à l'âge d'un mois ; — 3° notre malade ; — 4° fille, onze ans, impressionnable, tumeur fibreuse de l'utérus, pas de convulsions ; — 5° garçon, mort à l'âge de six ans et demi, on ne sait de quoi. — Il vomissait depuis longtemps. — Pas de convulsions.

Notre malade. — Lors de la *conception,* le mari faisait de mauvaises affaires, souffrait de céphalalgies avec étourdissements. — *Grossesse* bonne, sauf les chagrins occasionnés par le mauvais état de leurs affaires. — *Accouchement* à terme, rapide. — *Asphyxie* à la naissance. — Elevé en nourrice au sein et au biberon (lait de chèvre). — *Première dent* à cinq mois. — A dix-huit mois, étant encore en nourrice, il aurait eu, à diverses reprises, des *convulsions* assez graves pour qu'un instant on le crût mort. Il a marché et a été propre à deux ans ; il n'a parlé assez bien qu'à trois ans. Vers quatre ans, rougeole. — A huit ans, *ophthalmie grave* (taie sur l'œil droit), pas d'autres maladies, sauf des furoncles.

Il a fréquenté l'école de sept à dix-sept ans ; il a appris à lire et à écrire, mais toujours l'intelligence a été peu développée ; il était joueur, taquin ; aimant à vagabonder avec d'autres enfants, mais n'a commis aucun acte répréhensible. — D'un caractère très emporté, il aurait battu sa mère si l'on ne s'y était opposé. — Il a été mis en apprentissage, comme relieur,

à dix-sept ans chez un patron avec lequel il buvait de l'*absinthe*. Il y est resté un an. — C'est à cette époque que s'est déclaré le *premier accès;* il venait de prendre de l'absinthe. Les accès assez rapprochés (tous les huit jours) ont d'abord été *nocturnes*. — Les accès se sont ensuite rapprochés, éclataient aussi bien de jour que de nuit, mais surtout à la suite de contrariétés ou d'émotion. — On n'aurait noté de *vertiges* et de *secousses* (?) que depuis l'âge de vingt ans.

Actuellement l'accès présente les caractères suivants : il est précédé d'une sorte de fatigue, ou bien le malade éprouve un besoin irrésistible de s'en aller, de *courir;* il lui est arrivé quelquefois de descendre ainsi cinq étages avant d'aller tomber ensuite dans la cour; il pâlit, tombe comme une masse sans cri initial. — Périodes tonique et clonique[1]. — Pas d'écume. — Coma. — Pas de troubles intellectuels à la suite des accès. Voici la marche des accès :

MOIS	1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	2	»	»	»
Février	»	»	3	»	»	»
Mars	»	»	4	»	»	»
Avril	»	»	»	»	1	»
Mai	»	»	7	»	1	»
Juin	»	»	3	»	1	»
Juillet	»	»	5	»	»	»
Août	»	»	2	»	»	»
Septembre	»	»	»	»	1	»
Octobre	»	»	»	»	»	»
Novembre	»	»	»	»	»	»
Décembre	3	»	»	1	»	»
Totaux	3	»	24	1	4	»

[1] A la fin de la période clonique, au dire de sa mère, il s'accrochait aux objets environnants. Celle-ci prétend que, dans la rue, l'accès n'était pas précédé de course.

Pas d'accès ni de vertiges en 1887.

Poids. — 1884. Décembre. 50 kil. 800 gr.
— 1885. Janvier. 51 kil.
— — Août. 52 kil. 500 gr.
— 1886. Janvier. 50 kil.
— — Août. 51 kil. 500 gr.
— 1887. Janvier. 50 kil. 400 gr.

Taille. — 1 m. 62.

Les actes procursifs précurseurs de l'accès paraissent inconstants et ne semblent pas avoir été observés au début de la maladie; ils semblent constituer une aura et ne paraissent pas avoir jamais existé isolément. — L'épilepsie de ce malade s'écarte sensiblement de celle observée chez Grand... et Vall... par le petit nombre d'accès constatés au début de l'affection, par leur diminution, puis ensuite par leur disparition depuis près d'un an.

OBSERVATION XXI. — *Idiotie. — Epilepsie. — Grand-père, grand'mère paternels, tante paternelle, cousine, morts à la suite d'attaques d'apoplexie. — Grand-père maternel, alcoolique. — Grand'mère et oncle maternels morts de phthisie. — Chute pendant la grossesse. — Première crise procursive à trois ans. — Pleurésie. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Pleurésie purulente enkystée droite. — Noyaux de sclérose tubéreuse sur les circonvolutions et les ventricules latéraux.*

Cail... (Adolphe), vingt et un ans, entré le 18 juillet 1872 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), décédé le 21 octobre 1879.

Renseignements fournis par les parents. — *Père*, cinquante-trois ans, joaillier, bien portant, n'a eu aucune maladie nerveuse, ni cutanée, il a perdu par des *attaques d'apoplexie* son *père* à soixante-quatre ans, sa *mère* à cinquante-cinq ans; celle-ci serait restée quelque temps *paralysée*. Un frère bien portant; une *sœur* est morte *paralysée* consécutivement à une *attaque d'apoplexie*. Il n'y a dans sa famille ni aliénés, ni difformes, etc.

Mère, quarante ans, sans profession, n'a eu ni migraine, ni dartres; elle est très impressionnable, a quelquefois des *faiblesses* et même des pertes de connaissance. — [*Père*, cordonnier, alcoolique, a succombé à une affection génito-urinaire. — *Mère* morte d'accidents pulmonaires sans avoir jamais eu d'affection nerveuse. Un *frère* bien portant, un autre mort de la poitrine, une *sœur* morte subitement d'un anévrysme à trente-trois ans. Ni aliénés, ni épileptiques, ni suicides, etc., dans la famille]. — Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1° un mort de scrofules à quatre ans sans avoir eu de convulsions; il était très intelligent;

2° *Notre malade.* — Sa mère fit deux chutes pendant sa *grossesse :* la première fois elle tomba sur le ventre, *avec perte de connaissance;* la deuxième fois elle tomba dans une cave, elle était au troisième ou sixième mois de sa grossesse. Elle eut aussi des scènes de colère à éprouver de son mari, ce qui lui était d'autant plus sensible qu'elle avait été gâtée chez ses parents. Le développement du ventre pendant sa grossesse était tel qu'on soupçonnait une grossesse gémellaire. Accouchement à terme, laborieux, mais naturel. Il y eut issue d'une grande quantité d'eau. Elevé au sein par une nourrice jusqu'à quatre ou cinq mois, par une autre durant un mois, enfin élevé au biberon avec du *lait de chèvre.* Ce qui frappa chez l'enfant ce fut le développement exagéré de la tête. Il a commencé à marcher à trois ans, à parler à cinq ans répétant ce que l'on disait; il n'a jamais été intelligent.

C'est à trois ans qu'il eut son *premier accès convulsif :* tout d'un coup il quitta la main de sa mère, fut précipité en avant comme s'il *courait* et tomba en proie à des convulsions. Pendant plusieurs années il *courait en hurlant* à chaque crise et se *levait* si l'accès le prenait lorsqu'il était couché[1]. Il avait encore *ses courses en avant à son entrée* à Bicêtre. On ne sait pas exactement à quelle époque elles ont disparu; dans les accès de ces dernières années il poussait des cris violents, se tordait, devenait de toutes les couleurs, il écumait peu, ne se mordait pas la langue. Ses accès étaient plutôt diurnes que nocturnes. — Pas de folie, ni de kleptomanie, ni de pyromanie; il aimait à

[1] Selon une note prise par M. Delasiauve le 16 août 1872, « sa mère affirme qu'il était *hydrocéphale* dans sa jeunesse, qu'il a eu de nombreuses et violentes convulsions jusqu'à l'âge de six ans ».

arracher les fleurs des arbres. — Pas d'onanisme, pas de propension génitale; il gâte quelquefois dans ses accès.

Affectueux pour ses parents, il n'est pas violent. L'intelligence ne s'est jamais développée, il n'a pu apprendre que ses lettres, ne savait pas compter spontanément ; il répondait assez mal aux questions qu'on lui posait, ne disant que oui ou non, et encore il fallait insister ; alors il répétait ce qu'il avait entendu. — Il n'a jamais eu de gourme, ni aucune maladie, si ce n'est une carie vertébrale pour laquelle il a été soigné à l'hôpital des Enfants malades et qui a laissé des cicatrices.

1879. 17 *octobre*. — Le malade ne s'est couché que le 17 octobre. —Le 16 on n'avait rien remarqué de particulier, il allait et venait, se promenait (de préférence dans les endroits solitaires), et cela comme d'habitude, il mangeait au réfectoire; on n'avait pas observé qu'il eut moins d'appétit. Dans la nuit du 16 au 17, le veilleur avait noté un peu d'oppression ; néanmoins, le malade s'était levé spontanément, avait pris suivant une vieille habitude une tablette de chocolat et était descendu dans la cour ; c'est là que le surveillant, auquel le veilleur avait signalé le malade, le vit, constata qu'il était souffrant et l'envoya à l'infirmerie. Le malade ne s'était plaint et ne se plaingnait de rien, il ne pouvait d'ailleurs donner aucun renseignement, en raison de son état d'imbécillité. — Durant l'examen, pas de parole, pas de toux ou toux incomplète. L'auscultation dénote des râles sibilants et ronflants mêlés de quelques râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons. La percussion donne à droite une submatité remontant assez haut et diminuant à mesure que l'on s'élève et se confondant en bas avec la matité du foie sans donner une ligne de séparation nette entre la percussion du foie et du poumon.—Rien d'anormal au cœur. La matité du foie remonte un peu haut et descend à deux travers de doigts des fausses côtes. La palpation du foie au-dessous des fausses côtes droites confirme ce renseignement. — Pas d'augmentation apparente de la rate. T. R. 38°,2. — *Soir* : oppression extrême, lèvres bleuâtres, cyanosées. — Vingt ventouses sur la poitrine calment un peu l'oppression. T. R. 39°,6.

18. — On remarque du mucus nasal et palpébral en assez grande quantité. La paupière supérieure droite est rosée et gonflée. P. petit régulier à 136 ; R. à 56. — T. R. 39°,1. — *Soir :* 39°,2. — *Traitement :* 60 ventouses sèches ; ipéca stibié ; potion avec infusion d'ipéca 0gr,25 et rhum.

MOIS	1872		1873		1874		1875		1876		1877		1878		1879	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	5	»	9	»	25	»	4	»	5	»	9	»	6	»
Février	5	»	5	»	3	»	2	»	4	»	6	»	5	»	10	»
Mars	»	»	1	»	13	»	29	»	7	»	8	»	5	»	4	»
Avril	»	»	4	»	6	»	5	»	13	»	8	»	6	»	6	»
Mai	»	»	4	»	15	»	5	»	6	»	4	»	5	»	10	»
Juin	»	»	6	»	4	»	6	»	7	»	3	»	2	»	5	»
Juillet	1	»	8	»	3	»	4	»	9	»	8	»	7	»	4	»
Août	6	»	6	»	1	»	2		10	»	22	»	7	»	6	»
Septembre	8	»	4	»	2	»	8	»	6	»	6	»	6	»	5	»
Octobre	6	»	5	»	6	»	2	»	3	»	7	»	8	»	7	»
Novembre	8	»	9	»	»	»	4	»	5	»	5	»	8	»		
Décembre	4	»	4	»	6	»	3	»	1	»	4	»	6	»		
TOTAUX	38	»	61	»	68	»	95	»	75	»	86	»	64	»	63	»

19. — L'oppression est constante, pas d'accès de dyspnée; cependant elle est plus marquée le soir. Râles sous-crépitants, sibilants et ronflants des deux côtés dans toute la hauteur. — 40 ventouses sèches en arrière. Vésicatoire en avant. P. 120; T. R. 38°,8.

20. — Le malade est un peu plus éveillé; montre sa langue qui est humide. — A l'auscultation, râles variés, mais surtout râles sibilants, quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Garde-robe régulière, ne gâte pas. P. 120; R. 40; T. R. 38°. — *Soir :* 40°.

21. — C... a pris du potage, du lait, un œuf. — Une garde-robe liquide. Muguet. P. petit, irrégulier, à 120; R. à 48; T. R. 38°,8. — La face et les traits sont altérés; cyanose des lèvres et des conjonctives, mort l'après-midi à une heure.

Autopsie, le 23 octobre 1879. — *Thorax. Poumon gauche.* Très adhérent au thorax et au diaphragme, pas de liquide dans la plèvre. Injection très prononcée des bronches. Congestion du poumon avec un peu d'œdème à la partie postérieure du lobe inférieur. — *Poumon droit.* Adhérence telle qu'il faut enlever la plèvre pariétale pour sortir le poumon du thorax. La plèvre a près de 2 millimètres d'épaisseur. On trouve une *pleurésie enkystée* siégeant en avant dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, refoulant le cœur un peu à gauche et en bas, abaissant le foie et s'étendant seulement latéralement. La poche semble séparée incomplètement en deux autres : 1° la gauche plus petite ayant un prolongement infundibuliforme vers le diaphragme, la paroi de la poche est amincie; — 2° la droite plus profonde se prolonge vers la base de la poitrine jusqu'à l'hypochondre. — Le poumon droit refoulé en arrière occupe toute la cavité droite du thorax; il est très congestionné surtout à sa partie postérieure. L'épanchement siégeait principalement dans la partie antérieure et médiane de la plèvre diaphragmatique et était de nature purulente. — *Cœur.* Hypertrophie du ventricule gauche (330 gr.); quelques caillots fibrineux dans le ventricule droit. Quelques taches laiteuses sur la valvule tricuspide et la mitrale. Pas de sclérose. Quelques plaques athéromateuses de l'aorte.

Abdomen. — *Estomac.* Rien d'anormal. — *Rate.* Volumineuse (290 gr.); tissu ferme, congestionné. — *Foie.* Assez volumineux (1,640 gr.), non congestionné. — *Reins.* Très volumineux et très congestionnés (260 gr.); le droit présente un petit

kyste de la grosseur d'un pois et une cicatrice très foncée résultant d'un autre kyste.

Crâne. — Epaisseur normale en avant, un peu augmentée en arrière. — *Encéphale* (1,600 gr.). — *Pie-mère*, un peu congestionnée à la base surtout, un peu adhérente aux lobes frontaux. — *Artères* et organes de la base, rien de particulier. — Le *cerveau* a une longueur de 20 centim. et une hauteur de 14 centim. — L'*hémisphère cérébral gauche* pèse dix grammes de moins que l'autre. La décortication de la *pie-mère*, un peu épaissie, transparente, est facile.

Les circonvolutions sont assez développées, les sillons profonds. Sur la face interne de la première frontale on découvre une portion de la circonvolution qui est *indurée*, *blanche*, formant un léger relief; même hypertrophie sur la partie postérieure du lobe carré.

Autres foyers ou mieux *îlots de sclérose* formant tumeurs à l'origine de la circonvolution du corps calleux, au-dessous du précédent sur la circonvolution frontale; sur la face convexe de la deuxième frontale à sa racine, à la partie la plus postérieure et la plus élevée de la scissure de Sylvius, *Insula*, *ganglions centraux*, corne d'Ammon, rien. Sur le ventricule latéral non dilaté il existe de petits *noyaux scléreux* de la membrane ventriculaire.

Hémisphère droit. — Pie-mère comme de l'autre côté. On note des *foyers d'induration* avec hypertrophie à la *partie antérieure* de la *face interne de la portion horizontale* de la *première frontale*; — sur la *circonvolution du corps calleux* immédiatement en avant de la couche optique; — sur le pli qui va de la circonvolution du corps calleux à la première frontale (face interne); — sur la partie inférieure et interne du coin (face convexe de l'hémisphère). Mêmes *noyaux* dans le *ventricule latéral droit*. — *Cervelet* et *isthme*, 200 gr.

L'attention n'ayant pas à cette époque été attirée sur les lésions possibles du cervelet dans cette forme d'épilepsie, cet organe n'a été l'objet que d'un examen superficiel, fait qui dénote une fois de plus l'utilité, non seulement de faire les autopsies aussi complètes que possible, mais de noter aussi l'absence de lésions. Notons seulement le poids un peu élevé de cet organe.

Le poids moyen est, en effet, chez l'homme adulte de 143 gr. pour le cervelet, 23 gr. pour l'isthme et 8 gr. pour le bulbe, soit 173 gr. pour l'ensemble de ces organes. Rappelons que l'encéphale pesait 1,600 gr., poids élevé, dû peut-être aux îlots de *sclérose tubéreuse*[1].

Chez Caill..., il semble, d'après les renseignements peu précis que nous avons reproduits plus haut, que l'accès ait dès le début, puis pendant de longues années, été précédé de procursion; l'accès n'aurait jamais été limité à l'acte procursif seul. — Quoique cette forme d'accès diffère de celle dont nous avons rapporté précédemment des observations, nous devons noter la transformation progressive des accès avec aura procursive en accès vulgaires. On sait, du reste, que les épileptiques à aura voient le plus souvent cette aura disparaître après un temps plus ou moins long et que fréquemment l'aura n'est signalée que lors des premiers accès.

IV. Épilepsie post-procursive.

Les phénomènes post-procursifs, et ici nous n'entendons pas parler des actes automatiques (marche, etc.), observés fréquemment après les accès, sont relativement peu communs. Nous devons à l'obligeance de M. Cullerre, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon, l'observation suivante :

Observation XXII. — *Fièvres intermittentes. — Attaques éclamptiques à l'âge de six mois. — Petit mal consécutif. — Accès caractérisés par une impulsion irrésistible à courir. —*

[1] Cette observation de *sclérose tubéreuse* s'ajoute à celles que nous avons précédemment publiées.

Plus tard, grands accès incomplets suivis de la même impulsion. — Imbécillité avec mauvais instincts.

G... (Marie-Léontine), âgée de dix ans, est admise à l'asile de La Roche-sur-Yon, le 15 mai 1880, avec le certificat suivant : « Idiotie congénitale, est une cause de préoccupation tant sur le rapport moral vis-à-vis des enfants de son âge que sous le rapport des dégâts matériels dont elle se rend journellement coupable. » Voici les renseignements fournis sur ma demande par le médecin traitant : « Elle est née de père et de mère bien portants, non parents. Du côté paternel aussi bien que du côté maternel, il n'y a aucune trace d'hérédité morbide ; ses ancêtres sont morts à l'extrême vieillesse. Une sœur aînée, bien portante et intelligente ; sa mère est morte quelque temps après sa naissance, à la suite d'accidents puerpéraux. En 1870, étant âgée de six mois, elle fut prise de phénomènes éclamptiformes à la suite d'accès de fièvre intermittente ; combattus par le sulfate de quinine, les accidents diminuèrent de fréquence, d'intensité, mais le paludisme s'invétéra ; l'on vit chaque mois se renouveler pendant plusieurs années, presque à jour fixe, ces accès convulsifs. L'intelligence s'obscurcissait peu à peu et la raison ne se développa pas. »

Nous ne savons quelle foi il convient d'ajouter à cette étiologie ; nous devons remarquer toutefois qu'en Vendée, en matière d'idiotie, l'intoxication alcoolique du père au moment de la conception doit toujours être soupçonnée.

Mai 1880. — Cette enfant, grande, assez bien développée, sans difformité appréciable, présente un certain degré de *microcéphalie*. Le front est bas, la voûte palatine très ogivale en avant est au contraire étalée en arrière. Kérato-conjonctivite scrofuleuse à répétition. Elle s'exprime bien sans défaut de langue. Elle sait épeler, mais n'a jamais pu apprendre à lire ; elle a une notion nette des couleurs. C'est une imbécile bien plutôt qu'une idiote. On relève chez elle une grande tendance aux actes instinctifs, au vol, à la méchanceté, elle se plaît à faire des niches aux personnes qui l'entourent.

Avril 1881. — On commence à constater chez elle des phénomènes épileptiformes jusqu'ici inobservés. En voici la description sommaire : elle pâlit subitement, puis se met à *marcher droit devant elle*. Quand elle rencontre une porte, elle frappe, ou regarde par la serrure ; si à ce moment on

l'interroge, elle répond en général qu'elle se livre à tel ou tel de ses actes journaliers. Au bout de quelques secondes, elle revient à elle sans se souvenir de ce qui vient de se passer. Elle urine parfois au lit.

22. — Elle a un de ses vertiges habituels pendant la promenade. Soudain, elle rebrousse chemin vers l'asile. Interrogée, elle répond qu'elle veut s'en retourner.

12 *mai*. — Elle a eu ce matin une petite crise; elle s'est *déshabillée*, s'est *mise au lit*, puis s'est affaissée sans avoir de convulsions.

27. — Nouveau vertige ce matin; elle a couru jusqu'au fond de la salle. Aussitôt l'accès s'est terminé.

25 *juin*. — Ses accès revêtent parfois une forme nouvelle, elle reste assise sur sa chaise, a quelques contorsions de la face, et frappe avec violence le sol de ses talons, semblant ainsi *piétiner sur place*. Quand elle reprend connaissance, elle a quelques moments d'égarement.

26. — Prise d'un accès à la chapelle, elle se met à courir, rentre au quartier, monte les escaliers jusqu'au grenier et la crise se termine. Une lacune existe ici dans mes notes. Elles reprennent en 1886.

1886. 29 *novembre*. — Actuellement, l'accès débute par une chute sur le dos, sans cri, sans aura, sans écume à la bouche. Quelques mouvements convulsifs de la tête et des bras, qui manquent parfois; grande pâleur, urination involontaire. Au bout de quelques secondes, elle se relève avec vivacité, jette autour d'elle des regards égarés, puis soudain *prend sa course, allant droit devant elle, ne s'arrêtant que quand elle rencontre un obstacle. Tantôt elle s'enfuit jusqu'au bout du jardin, tantôt elle enfile un escalier* et ne s'arrête qu'à la porte du grenier, etc.

A ce moment il lui arrive de s'endormir quelques instants. Quand elle revient à elle, ne comprenant pas ce qui vient de lui arriver, elle cherche à s'expliquer sa présence dans ce lieu inusité par quelque besogne à accomplir.

Alors, bien que ce ne soit pas l'heure, elle descend les ustensiles de ménage ou les bassins de garde-robe, etc. Elle urine quelquefois au lit.

Elle a considérablement grandi depuis son entrée à l'asile. Elle est réglée depuis deux ans d'une façon régulière. Son intelligence ne s'est pas développée dans les mêmes propor-

tions. On n'a pu lui apprendre à lire ; les religieuses prétendent cependant qu'elle est douée d'une certaine mémoire et qu'elle a pu apprendre le catéchisme. Elle a appris à coudre et à tricoter, mais est incapable de conduire seule un tricot.

Santé physique en général satisfaisante, les kératites ont disparu. — Taille 1m,60.

Déformation de la face ; saillie de la fosse frontale droite ; la joue de ce côté est plus étalée et plus saillante. Voûte palatine ogivale. Dents à peu près régulières. Voici les mensurations de la tête :

Diamètre antéro-postérieur maximum. 0m165
Diamètre bi-pariétal maximum. 0, 156
Diamètre bi-auriculaire. 0, 142
Grande circonférence. 0, 525
Demi-circonférence antéro-postérieure de la glabelle à la protubérance occipitale. 0, 280
Demi-circonférence bi-auriculaire. 0, 350

Les accès ont eu, de mai 1883 à décembre 1886, la marche suivante :

MOIS	1883	1884	1885	1886
Janvier.		7	2	3
Février.		5	5	1
Mars.		6	0	4
Avril.		7	1	7
Mai	9	2	6	6
Juin	8	8	0	1
Juillet	6	5	1	2
Août.	1	3	1	5
Septembre	4	3	6	3
Octobre	5	2	9	7
Novembre	7	6	3	3
Décembre	7	4	2	

L'acte procursif a dans ce cas constitue le seul phénomène caractéristique de l'épilepsie pendant quelques

années, puis nous voyons apparaître ces sortes de tapotements sur place dont nous avons parlé précédemment à propos de Vall... (Obs. II) et enfin les accès présentent le type vulgaire, mais sont suivis d'une course soudaine et précipitée. Les phénomènes automatiques proprement dits que présente également cette malade ne sont observés qu'à la suite du sommeil dans lequel il tombe après l'acte procursif.

Observation XXIII. — *Père tourneur en cuivre, alcoolique. Grand-père et oncle paternels alcooliques et phtisiques. — Mère, névralgies. — Grand-père maternel, apoplectique. — Oncle maternel, délire aigu.—Grand-oncle maternel, imbécile.*

Vertiges procursifs à trois ans et demi. — Premier accès à huit ans. — Accès suivis de course. — Caractère violent. — Onanisme. — Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Mort en état de mal.

Alép... (Auguste), né le 24 mars 1872, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 13 février 1882 et y est décédé le 6 juin 1883.

Renseignements fournis par sa mère (27 février 1882). — *Père*, trente-six ans, *tourneur en cuivre*, a quitté sa femme il y a trois mois, il fait de nombreux *excès de boisson* (absinthe, vin, eau-de-vie, etc.). Lorsqu'il a bu, il est très méchant, violent, a battu sa femme plusieurs fois. Marié à vingt-quatre ans, il a toujours bu beaucoup, même dès le début du mariage. Caractère doux à l'état normal. Pas de migraines, pas de maladies de peau. Il travaillait peu; établi tourneur, il a tout bu et sa femme a dû se placer comme domestique. [*Père* mort de la poitrine à trente-huit ans, *tourneur en cuivre,* quelques *excès de boisson.* — *Mère*, soixante ans, n'a jamais été malade, pas d'accidents nerveux. — Trois *frères ;* un poitrinaire, faisait des *excès de boisson;* il aurait été condamné pour vol d'une chaise un jour de débauche, il était marié et courait les femmes. Un deuxième a été tué en mai 1871 (fédéré), il *buvait* aussi et aurait eu des hémoptysies ?]

Mère, trente ans, travaillait aux champs avant le mariage; actuellement elle est domestique; chataine foncée, très impres-

sionnable, très colérique, elle l'est devenue de plus en plus par les ennuis que lui a causé son mari. — Intelligente, physionomie régulière assez agréable, n'a jamais eu que des névralgies violentes. [*Père*, laboureur, sobre, mort à cinquante-neuf ans, d'une *attaque d'apoplexie* foudroyante en dix-neuf heures. — *Mère*, soixante-quatorze ans, bien portante, n'est pas en enfance, travaille encore un peu aux champs, pas d'attaques de nerfs, a souvent le sang à la tête. — Quatre *frères*, l'un est mort en huit jours, *d'accidents cérébraux* consécutifs, à la peur des Prussiens qui avaient dégaîné sur sa femme. « Ça lui bouillait dans sa tête, il se sauvait de son lit, il avait le transport. » (*Délire aigu.*) — Les trois autres sont bien portants; un est marié, a quatre enfants en bonne santé et n'ayant pas eu d'accidents nerveux. — Les deux derniers frères ne sont pas mariés. — Un *oncle paternel* est mort très vieux (soixante-seize ans), et a toujours été « bonasse, imbécile ». Pas d'épileptiques, pas de difformes, etc.]

Pas de consanguinité.

Trois enfants : 1° Garçon mort-né durant la guerre ; bien conformé ; il était énorme et pesait bien dix livres ; — 2° Notre malade; — 3° Garçon, huit ans, bien portant, intelligent, apprend bien, pas de convulsions.

Notre malade.— *Conception.* —Pas de rapports habituels dans les ivresses. « Il ne pensait qu'à dormir et il était quatre ou cinq jours sans me toucher, car il était malade, vomissait tout vert.» — *Grossesse*, beaucoup de contrariétés et de fortes colères « parce que mon mari, n'était jamais chez nous », ni coups, ni chutes, ni compression. Pas de peurs, sauf celles que lui occasionnait son mari quand il rentrait ivre. — Pas d'alcoolisme. — *Accouchement* naturel, à terme, sans chloroforme. — A la naissance pas d'asphyxie ; il était chétif, mignon. — *Elevé au sein*, en province, jusqu'à dix-sept mois, repris alors, il n'avait pas eu de convulsions, était bien venant quoique chétif. Il a marché à dix mois, a parlé à dix-sept mois, a été propre vers deux ans. — A trois ans on a repris son frère de nourrice. C'est à ce moment que notre malade est devenu drôle, il semblait jaloux de son frère et le battait quelquefois en cachette. — Vers trois ans et demi il a eu des *vertiges* qu'on appelait un grand *tic nerveux*.

« Le regard se portait en haut, puis au bout de quelques instants, l'enfant se levait et *courait*, il n'aimait pas qu'on lui

parlât dans ces moments-là. Il avait peur; sitôt que ça allait le prendre, il devenait d'abord très pâle, puis rouge après. Ces accidents venaient irrégulièrement quelquefois deux fois par jour et parfois il était cinq à six jours sans rien. Conduit plusieurs fois aux Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau on lui a donné des bains, de la tisane et du sirop antiscorbutique, mais pas de bromure de potassium.

Vers août 1880, sans que les vertiges soient devenus plus fréquents, Alép... a eu souvent des accès; voici comment on décrit le premier : Etant debout, on s'aperçut que sa figure grimaçait, qu'il était pâle, qu'il allait tomber; sa mère l'a pris sur elle, tout le corps était roide également des deux côtés. pas de secousses, pas d'écume, mais un peu de ronflement; il est revenu à lui de suite et s'est mis à *courir* dans la chambre. Le deuxième accès est venu huit jours après. Ils sont allés en se rapprochant depuis septembre 1881. — Maximum des accès en 24 heures, 3. Le plus long intervalle entre deux accès a été huit jours. Accès à peu près également diurnes et nocturnes. Persistance des *vertiges*.

Jamais Alép... n'a prévenu de l'arrivée de ses crises. On a remarqué qu'il devenait sombre aux approches de l'accès; quelquefois il portait la main au creux de l'estomac et disait : ça va me prendre. Parfois, euh! euh! euh! Rigidité, secousses cloniques qui sont survenues seulement, il y a six mois. Peu de ronflement; pas d'écume; plusieurs fois urination involontaire et défécation.

Après les accès il *veut se sauver*, il a la parole embarrassée, on dirait qu'il va devenir paralysé. Pas de morsure de la langue. — Pas de folie consécutive. — Le caractère a toujours été violent, il est resté le même.

Depuis l'âge de trois ans, l'enfant est allé en classe et n'a jamais rien appris; il connaît seulement ces lettres, *ba*, *be*, *bi*, etc. Quand il y avait un répit après des accès, il apprenait, puis après les accès il oubliait. On l'a renvoyé de l'école depuis le début de ses accès.

Pas de kleptomanie, ni de pyromanie. On pense qu'il se touche un peu depuis longtemps *même dès son retour de nourrice*.

Croûtes dans les cheveux; glandes cervicales dont l'une abcédée; pas d'ophthalmies, pas d'otites; pas d'engelures ni de dartres. On ne croit pas qu'il ait eu la rougeole; il semblerait

avoir eu la rubéole ? Coqueluche pendant six semaines. Enfin il aurait eu de temps en temps des fièvres éphémères.

Ni succion, ni balancement. Digestion régulière, selle quotidienne, pas de rumination ni de salacité.

Alép... est peu caressant, très turbulent ; il paraissait *très intelligent jusqu'à trois ans*. On attribue la maladie aux ennuis et aux chagrins de la grossesse. L'enfant dit qu'il a eu peur d'un mouton.

MOIS	1882		1883	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			5	»
Février	10	3	22	»
Mars	14	16	33	»
Avril	16	64	28	»
Mai	18	58	45	»
Juin	5	17	31	»
Juillet	6	»		
Août	7	»		
Septembre	13	2		
Octobre	5	»		
Novembre	6	»		
Décembre	9	»		
TOTAUX	119	160	164	»

1882. Février. — *Poids* : 21 kil. 800. *Taille* : 1 m. 21.
— Juin. — *Poids* : 22 kil. 300. *Taille* : 1 m 24.
1883. Janvier. — *Poids* : 23 kil. 500. *Taille* : 1 m. 25.
Après décès : 21 kil. 500.

Pendant son séjour à Bicêtre, l'enfant fut soumis à un traitement hydrothérapique (21 juin au 30 novembre 1882). Les notes de l'école indiquaient un affaiblissement graduel des facultés intellectuelles.

1883. — 5 *juin*. — Alép... a eu six accès dans la journée. T. R. *Soir*. 38°.

6 *juin*.—Dans la nuit le malade a eu huit accès ; il tombe dans

le coma à 5 heures du matin, et meurt à 10 heures du matin.

Traitement : Eau-de-vie allemande, sangsues. T. R. à 5 heures du matin, 38°, à 10 h. 1/2 : 38°,8.

Autopsie (7 juin 1883). — *Thorax. Cœur* normal (130 gr.), rien dans le péricarde. — *Poumons* congestionnés vers le bord, surnageant. (P. droit. 225 gr. ; p. gauche, 210 gr.)

Abdomen. — *Foie* normal (800 gr.), un peu de péri-hépatite ancienne. Rien dans la vésicule. — *Reins* normaux (droit, 80 gr.; gauche, 70 gr.). — *Rate* (70 gr.). — Rien dans l'*estomac*, l'*intestin*, la *vessie*.

Tête. — *Cuir chevelu* assez épais. — *Os* du crâne de consistance ordinaire. Base du crâne symétrique. — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité normale. — *Encéphale* volumineux (1450 gr.). Les différents organes de la base du cerveau sont symétriques (artères, nerfs, etc.), pourtant le tubercule mamillaire gauche et le pédoncule cérébral du même côté sont un peu plus petits. — *Pie-mère* congestionnée également dans toute son étendue; adhérente par place à la substance cérébrale, elle s'enlève assez difficilement quoique assez épaisse. *Hémisphères cérébraux* égaux, substance très molle. *Cervelet* et *isthme* (195 gr.) ne présentent rien d'anormal. Hémisphères cérébelleux égaux.

Hémisphère gauche, face convexe. — La *première circonvolution frontale* sinueuse, double en avant, sans pli de passage, s'insère de niveau sur la frontale ascendante; la *deuxième circonvolution frontale*, très volumineuse, dédoublée à sa partie moyenne où elle est très large, s'insère de niveau sur la circonvolution frontale ascendante. La *troisième circonvolution frontale* sinueuse possède une insertion de niveau; pas de plis de passage, sillons assez profonds entourant les circonvolutions, sillons secondaires peu profonds. La *frontale ascendante*, sinueuse, est assez large. Le *sillon de Rolando* est profond. — La *pariétale ascendante*, plus épaisse que la frontale ascendante, est volumineuse. — Le *pli pariétal inférieur* est assez plissé. — Le *pli pariétal supérieur* est volumineux comme dédoublé. Le *pli courbe*, irrégulier, assez sinueux, envoie un prolongement très gros à la partie postérieure du pli pariétal supérieur. — Le *lobe occipital*, assez plissé, est très volumineux. Longueur de l'extrémité antérieure du lobe frontal à la partie moyenne de la face postérieure de la pariétale ascendante, 12 centimètres. Longueur de ce dernier

point à l'extrémité postérieure du lobe occipital, 11 centimètres et demi[1].

Le *lobule de l'insula* a 3 digitations doubles.

La *première circonvolution temporale*, très sinueuse, envoie un prolongement très volumineux au pli pariétal inférieur au pied de la scissure de Sylvius; elle a également en avant un pli de passage la reliant à la deuxième *circonvolution temporale*, sinueuse à sa partie confondue, à la troisième par de nombreux plis.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* est volumineuse avec des sillons tout à fait superficiels se confondant en arrière avec le lobe paracentral. Le sillon callosomarginal est peu profond. — Le *lobule paracentral* est séparé du lobe quadrilatère par un sillon profond avec un sillon central oblique de bas en haut et d'arrière en avant. — Le *lobe quadrilatère*, très long (7 centimètres à sa partie moyenne), est plissé et possède des sillons superficiels. Le *coin* et le *lobe occipital* sont composés de petites circonvolutions. La *circonvolution de l'hippocampe* est lisse[2].

Hémisphère droit. — *a*). *Face convexe*. La *première circonvolution frontale* est sinueuse, plissée, dédoublée incomplètement en avant; insertion de niveau; pas de plis de passage. La *deuxième circonvolution frontale* très volumineuse, mais surtout dans les deux tiers postérieurs, envoie un pli de passage à la troisième circonvolution frontale, s'insère par 2 insertions de niveau. La *troisième circonvolution frontale* assez courte s'insère aussi de niveau. — En avant sur le lobe frontal les sillons sont peu profonds, ils le sont beaucoup en arrière. — La *circonvolution frontale* assez sinueuse, assez volumineuse, est séparée en haut presque complètement par un sillon transversal situé entre l'insertion de la première frontale et l'insertion supérieure de la deuxième frontale, Le *sillon de Rolando* est assez peu profond. La *circonvolution pariétale ascendante* est volumineuse avec des sillons transversaux, les uns superficiels, l'un assez profond : on dirait des pavés irréguliers entassés les uns sur les autres. Le sillon qui sépare la pariétale

[1] Comme on le voit, les parties postérieures du cerveau étaient relativement très développées.

[2] Au moment de ce dernier examen fait le 24 septembre 1884, les masses centrales et la paroi ventriculaire sont très irrégulières, ce qui est dû probablement au séjour dans une solution insuffisante.

ascendante du pli pariétal inférieur est très profond. Le pli pariétal supérieur est sinueux, envoie deux plis de passage à la pariétale ascendante et un en arrière. Le sillon situé en arrière du lobe paracentral est très accusé La scissure parallèle est également très prononcée; elle se divise en deux parties embrassant une circonvolution quadrangulaire qui envoie un pli de passage vers le lobe occipital et en reçoit un du pli pariétal inférieur. Le *lobe occipital* est assez plissé et volumineux. Les digitations du *lobule de l'insula* sont assez marquées. La *première circonvolution temporale*, volumineuse, sinueuse, envoie deux prolongements dans le fond de la scissure de Sylvius [1].

b). *Face interne.* — La *première circonvolution frontale*, très volumineuse en partie dédoublée sur toute sa longueur par un sillon assez superficiel, se confond en arrière avec le *lobule paracentral* qui est très irrégulier, incomplètement séparé du lobe quadrilatère, tandis qu'à droite la séparation est très marquée. Le *sillon calloso-marginal* est peu profond. La *circonvolution du corps calleux*, lisse, offre, en arrière du lobe pariétal, le renflement normal qui fait défaut à gauche. Le *lobe quadrilatère*, un peu irrégulier, mesure quatre centimètres et demi. En arrière de lui existe un sillon assez profond dans lequel existe une petite circonvolution qui semble plutôt se rattacher au coin. — Le *coin* et le *lobe occipital* peu sinueux sont assez développés. — Les *masses centrales* des deux côtés n'offrent rien de particulier.

Cette observation que nous avons classée dans l'épilepsie *post-procursive* aurait également pu trouver place parmi les cas de *vertiges procursifs*. Il n'est pas douteux en effet qu'ici, d'après les renseignements fournis sur les vertiges, nous n'ayons eu affaire à de véritables vertiges procursifs. Nous noterons encore leur disparition totale pendant la dernière année de la vie du malade.

[1] Les *deuxième* et *troisième circonvolutions temporales*, ainsi que la circonvolution de l'hippocampe, ont été en partie détruites par le défaut de surveillance des pièces déposées à l'amphithéâtre.

V. — Vertiges procursifs.

Nous avons déjà vu dans les observations précédentes des malades présenter concurremment avec des accès de type procursif divers des accidents procursifs dont quelques-uns semblent se rapprocher des vertiges. La distinction entre l'*accès procursif* et le *vertige procursif* est souvent fort difficile à établir. Il faut au surplus se rappeler que la plupart des divisions sont purement artificielles, que si elles sont nécessaires pour la compréhension et l'exposé des phénomènes observés, il ne s'ensuit pas qu'on puisse y adapter chaque cas particulier. Leurs frontières sont fort mal délimitées. N'observe-t-on pas, du reste, fort souvent une graduation symptomatique entre les différents actes épileptiques, de l'absence à l'accès le plus franc, d'où la difficulté de classer certains phénomènes considérés différemment selon les auteurs.

Nous avons dit que dans certains cas nous considérions l'*acte procursif* comme constituant un *accès incomplet*, mais il s'agit alors de malades chez lesquels on constate la transformation graduelle des accès procursifs en accès d'épilepsie ordinaire qui, plus tard, persistent seuls. Il n'en est pas de même pour ceux où l'accident procursif n'apparaît que longtemps après le début de l'épilepsie et chez lesquels il paraît être un accident isolé indépendant de l'accés. Tel est le cas du malade qui fait l'objet de l'observation suivante :

Observation XXIV.— *Père, mort phthisique. — Mère migraineuse de l'âge de six ans à la ménopause. — Grand'mère maternelle, migraineuse. — Une tante et trois oncles mater-*

nels migraineux. — Cinq frères morts jeunes de convulsions. — Enfant adultérin.

Convulsions à dix mois. — Début à sept ans à la suite d'une peur. — Diminution rapide des facultés intellectuelles. — Vertige procursif isolé en 1886.

Niv... (Louis-Georges), né le 20 mai 1861, est entré à Bicêtre le 15 mai 1877 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par la mère. — Père naturel, plombier zingueur, pas d'accidents saturnins, sobre, mort de phthisie à l'âge de quarante-deux ans. [*Père* et *mère, sœurs* et *frères* bien portants. — Pas d'épileptiques, pas de suicides, etc., dans la famille.]

Mère, soixante-deux ans, marchande des quatre saisons; *migraineuse* dès l'âge de six ans; les migraines ont disparu à la ménopause; a eu une pleurésie et une pneumonie, mais est actuellement bien portante. [*Père,* pas de détails. — *Mère, migraineuse,* morte du choléra. — Une *sœur* et trois *frères migraineux,* morts on ne sait de quoi. Pas d'épileptiques, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Neuf enfants. — De son mari, une fille. — De son amant les six premiers enfants sont morts jeunes à la suite de convulsions; un autre est mort également jeune d'une fracture de la colonne vertébrale. *Notre malade* est né treize mois avant le décès du père. *Grossesse,* bonne. — *Accouchement,* normal. — Pas d'asphyxie à la naissance. — Bien venant, il a marché et parlé de bonne heure. A dix mois, il eut des *convulsions* sans cause connue et sans troubles physiques et intellectuels consécutifs. Il était intelligent, allait à l'école où il apprenait bien. A sept ans, un ivrogne l'a enlevé et porté sur sa tête, il eut peur. Trois jours après, étant à table, il tape dans son assiette avec les mains, puis la tête tombe dans l'assiette et il a un accès. Les accès se répétèrent ensuite fréquemment, au nombre parfois de neuf à dix par jour; on nota de temps à autre sans cri, des intervalles de trois à quatre jours, et une fois seulement de trois ou quatre mois. Les accès avaient lieu avec ou avec ou sans aura. Jamais on n'avait noté de course avant ou après. Les facultés intellectuelles ont rapidement diminué. — On avait essayé de lui apprendre le métier de bijoutier sur deuil.

Description d'un accès (1882). Le malade était assis dans un fauteuil, on entend un cri étouffé, on s'aperçoit qu'il a glissé à côté du fauteuil, puis, par un autre mouvement brusque sous le lit. Les membres inférieurs sont écartés, les membres su-

périeurs allongés le long du thorax; il y a de la raideur des deux côtés. On dégage les jambes de dessous le lit. A ce moment, la tête se met dans l'extension, la bouche s'ouvre, tout le corps devient rigide. Cette période de rigidité ne dure que quelques secondes, et, comme on le voit, elle a été précédée d'une phase d'un genre particulier. Puis secousses tétaniformes de la face et des membres.

Période clonique. — 1° La face se tourne à droite, le bras et la jambe correspondant sont animés de convulsions cloniques qui se répètent quatre ou cinq fois ; 2° la face se tourne à gauche, et alors les membres du côté gauche sont pris de convulsions cloniques à leur tour. Durant cette période, le visage s'est congestionné ; les yeux étaient convulsés en haut directement, d'abord à droite, puis enfin à gauche.

Période de stertor. — Décomposition de la face qui devient d'une pâleur bleuâtre, livide, résolution complète, écume non sanglante et abondante. Cette dernière période dure longtemps et aboutit à un sommeil profond qui permet de prendre la température du malade sans qu'il réagisse. T. R., 37° 9 1/2. Pas de miction involontaire. Au bout d'un quart d'heure environ, il se réveille et, faisant allusion à son accès, il dit que ce n'est pas vrai.

Ce malade est d'habitude violent, plusieurs fois, on a retrouvé sur lui des effets appartenant à d'autres. L'an dernier, on a dû le faire remonter parce qu'il avait souffleté sa sœur au parloir.

1885. 3 *mars.* — La *mémoire* est assez bien conservée; la parole est libre. Le malade est sujet à des périodes d'*excitation* violente après les accès. Dynamomètre à droite : 39; à gauche : 46. — *Traitement :* capsules de *bromure de camphre.*

1886. *Janvier.* — La mémoire est médiocre; le malade est dans un état de semi-démence. Dynamomètre à droite : 30; à gauche : 40. — *Le malade se roule pendant les accès.*

1er *juillet.* — Le traitement par les capsules de bromure de camphre est supprimé.

1887. *Janvier.* — *Description d'un vertige procursif.* Le malade, se trouvant au chauffoir se met tout à coup à *courir* l'espace de sept mètres, puis va se jeter sur le matelas où il se roule, en se grattant en même temps la tête, pendant trente secondes environ ; il se relève ensuite et se met à se promener comme si rien ne lui était arrivé. Il ne se souvient pas de son vertige. — On aurait noté, dans ces derniers temps, plusieurs accès et vertiges précédés de *course* ou de *marche.*

MOIS	1877		1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier................	»	»	15	»	30	»	29	»	25	5	39	»	53	»	36	11	42	56	44	13
Février................	»	»	9	»	33	»	37	»	26	»	16	2	26	2	41	6	41	10	26	10
Mars.......	»	»	14	»	47	»	38	2	24	»	25	»	39	1	41	2	31	14	21	30
Avril..................	»	»	21	»	19	»	40	2	23	»	30	»	31	5	28	23	36	10	17	18
Mai....................	4	»	16	»	35	»	32	5	23	1	27	»	33	2	36	6	31	21	14	22
Juin....................	19	»	23	»	23	»	23	4	32	»	37	»	44	1	51	4	14	31	20	19
Juillet..................	7	»	17	»	25	»	32	8	33	»	33	4	40	2	36	4	30	37	16	20
Août....................	18	»	32	»	29	»	39	16	13	2	45	»	39	3	42	»	34	19	13	19
Septembre.............	13	»	25	»	16	»	23	21	32	»	51	»	42	4	39	12	52	20	26	18
Octobre................	8	»	36	»	26	»	36	10	39	»	50	»	20	11	34	11	47	59	25	32
Novembre..............	17	»	34	»	20	»	30	8	26	»	41	»	40	8	42	11	64	20	24	26
Décembre..............	19	»	29	»	22	»	30	12	25	»	46	»	43	4	30	18	45	8	10	25
Totaux.......	105	»	271	»	325	»	389	88	331	8	440	6	450	43	456	108	465	305	266	262

Poids. — 1879. Novembre. 44 kil.
— 1880. Septembre. 44 kil. 500 gr.
— 1881. Juillet. 45 kil. 400 gr.
— 1882. Janvier. 45 kil. 300 gr.
— — Juin. 47 kil. 800 gr.
— 1883. Janvier. 46 kil. 700 gr.
— — Juin. 45 kil. 600 gr.
— 1884. Janvier. 46 kil. 800 gr.
— — Juin. 45 kil. 500 gr.
— 1885. Janvier. 43 kil. 700 gr.
— — Août. 46 kil. 500 gr.
— 1886. Janvier. 48 kil.
— — Août. 45 kil.
Taille. — 1 m. 59.

Cette observation est intéressante à bien des points de vue. Nous appuierons, dès l'abord, sur l'hérédité nerveuse hétéromorphe, comme il a été si souvent noté dans ces derniers temps [1]. Comme nous l'avons mentionné dans nos diverses observations que nous avons publiées, la migraine semble jouer un rôle prépondérant dans l'étiologie héréditaire de l'épilepsie, tandis que l'hérédité réelle paraît être beaucoup plus rare. La peur qui avait été l'origine apparente de l'épilepsie n'est ici, comme toujours, qu'une cause occasionnelle chez un malade prédisposé. — Nous noterons que, jusqu'à ces derniers temps, c'est-à-dire pendant une longue période, le malade n'a présenté aucun phénomène procursif; que ceux-ci, du reste, ne semblent pas pouvoir être rapprochés des actes procursifs constituant l'épilepsie procursive proprement dite, qu'ils ne seraient ici que des phénomènes procursifs accessoires, isolés, constituant plutôt des vertiges que des accès incomplets. Toutefois, on pourrait se demander si ces actes procursifs ne sont pas liés à la

[1] Déjérine. — *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux.*

notable amélioration survenue dans ces derniers mois chez ce malade, amélioration qui s'est encore accentuée en 1877, mais ce n'est là que pure hypothèse. Rappelons de plus que ce malade avait des accès accompagnés de tournoiement.

VI. — Automatisme.

Nous avons cru intéressant de rapprocher de l'*épilepsie procursive* et des *actes procursifs* les phénomènes automatiques que l'on observe si fréquemment chez certains épileptiques. Nous rejetons, du reste, toute assimilation étiologique avec la procursion; l'automatisme n'est, en effet, que la répétition inconsciente d'actes simples accomplis quotidiennement[1] par le malade. Il se voit le plus souvent à la suite de vertiges ou d'accès aigus; cette forme est la plus fréquente, et beaucoup d'auteurs n'admettent même que l'automatisme post-épileptique.

Nous citerons, dès l'abord, quelques cas d'automatisme que nous avons eu l'occasion de relever chez nos malades de Bicêtre.

I. — Automatisme simple. — L'*automatisme simple* revêt souvent une importance considérable en médecine légale; on comprend en effet à combien d'interprétations peut donner lieu, par exemple, l'acte de se

[1] Disons toutefois que certains épileptiques peuvent exécuter des actes n'ayant aucun rapport avec leurs habitudes; tel est le cas de la malade de Herpin qui paraissait imiter un joueur de guitare, quoique n'ayant jamais tenu cet instrument.

déshabiller accompli par un épileptique selon le lieu où il se passe, et les circonstances qui l'accompagnent. Herpin, Gowers, etc., en citent de nombreux exemples. Herpin[1] rapporte qu'une cantatrice se mit tout à coup à se déshabiller dans son cabinet; Gowers[2], cite un professeur de musique qui, en donnant une leçon à une demoiselle, eut un accident épileptique si léger que son élève ne s'en aperçut pas et qui, aussitôt après, commença à se déshabiller. Il dut abandonner sa profession. On attribua cet acte à toute autre cause que la maladie. Une interprétation tout aussi erronée peut résulter d'actes accomplis par des épileptiques s'appropriant des objets ne leur appartenant pas, ou s'introduisant inconsciemment dans des propriétés privées. L'automatisme ambulatoire, du reste très fréquent, s'observe non seulement à la suite de vertiges et d'accès, mais constitue encore une des formes les plus communes de l'épilepsie larvée.

Observation XXV. — *Grand'mère paternelle morte d'apoplexie. — Grand-père maternel alcoolique. — Premier accès à onze ans précédé de vomissements alimentaires et bilieux comme les suivants. — Pas d'aura. — Etourdissements. — Accès de colère. — Tentative de suicide. — Hypospadias. — Etat de mal* (novembre 1884). — *Automatisme. — Mort en état de mal* (1886).

Autopsie. — *Atrophie et aspect chagriné de différentes circonvolutions. — Atrophie cérébelleuse. — Anomalies des circonvolutions et des scissures cérébrales.*

Gr... (Martial-Auguste), né le 21 mai 1867, est entré le 30 novembre 1884 à Bicêtre (service de M. Bourneville) et y est décédé le 12 mars 1886.

[1] Herpin. — *Des accès incomplets d'épilepsie.* Paris, 1867, p. 135.
[2] Gowers. — *De l'épilepsie,* trad. Carrier. Paris, 1883, p. 485.

Renseignements fournis par sa mère (8 novembre 1884). — *Père*, tailleur, assez grand, très sobre, calme, mort à cinquante ans, il y a un mois, probablement d'une tumeur du bassin. [*Père*, mort des suites d'un refroidissement (?) en trois jours ; tisserand, sobre. — *Mère*, morte à soixante-douze ans, d'une *attaque d'apoplexie*. — Pas de détails sur les *grands-parents*. — Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, d'idiots, de difformes, de suicidés, ni de criminels dans la famille.]

Mère, quarante-quatre ans, couturière, brune, de taille plutôt petite, impressionnable, assez colère, assez intelligente. [*Père*, mort en 1871, de la varioloïde, menuisier. *Excès de boisson*. — *Mère*, bien portante, soixante-six ans, sobre. — *Grand-père* et *Grand'mère paternels* pas de détails. — *Grand-père maternel*, mort d'une tumeur abdominale à soixante-cinq ans, sobre. — *Grand'mère maternelle*, morte de vieillesse à quatre-vingt-sept ans. — Pas d'aliénés, etc., dans la famille.]

Deux *enfants* et une fausse couche : 1° notre malade ; 2° fausse couche à deux mois et demi ; 3° garçon, cinq ans, intelligent, n'a pas eu de convulsions.

Notre malade. A la *conception* qui a eu lieu peu de jours après le mariage, elle était bien portante ainsi que son mari ; ni émotions, ni discussions. — *Grossesse* bonne, pas de traumatisme, pas de peurs, pas d'alccolisme. — *Accouchement* à terme, naturel. A la *naissance*, pas d'asphyxie, bel enfant, fort. — Elevé au sein par une cousine. — A deux ans et demi lorsque sa mère l'a repris, il avait toutes ses dents. De *bonne heure*, il marchait, parlait bien, était intelligent. — Sa santé a été bonne jusqu'à onze ans ; jamais de convulsions.

A *onze ans*, la nuit, indigestion (?) à la suite de laquelle il s'est mis à crier, à se détendre, « les nerfs étaient roides (?) ; c'était un accès comme ceux qu'il a, mais moins forts ». A dater de cette époque, il a eu des *étourdissements* qui revenaient toutes les deux semaines, tous les mois et de plus des *accès*.

Le second accès est venu un mois après le premier. Durant les six premiers mois, il a eu un accès mensuel et chaque fois l'accès était précédé de *vomissements alimentaires et bilieux*. De onze ans et demi à douze ans, il n'aurait eu qu'un accès de deux en deux mois ; il suivait alors le catéchisme pour sa première communion, ce qui fait que sa mère attribue cette diminution des accès à une « permission de Dieu ». Durant cette

année, l'intelligence n'avait pas diminué, il apprenait assez bien ; allait à l'école. *Jamais d'aura.* De douze à treize ans, situation passable, point d'aggravation. — A quatorze ans, on a cessé de l'envoyer à l'école. Il tombait environ trois fois par mois. A quinze ans et demi, il est allé en Prusse (en pleine campagne, dans la famille de sa mère). Il y est resté deux mois; il a eu peur, il aurait eu beaucoup d'accès; on l'a ramené parce qu'il s'ennuyait. — Les accès ont alors augmenté progressivement et depuis le mois de mai 1884 ils sont de plus en plus fréquents. En 1883, il avait un accès par semaine. Depuis mai 1884, il a eu en outre plusieurs séries. Le maximum des accès, cette année, en vingt-quatre heures, a été de sept et le plus long intervalle a été de trois jours. — Accès diurnes et surtout nocturnes.— Depuis deux ans, les *étourdissements* qui ont débuté, ainsi que nous l'avons vu, aussitôt après les accès, sont devenus plus nombreux; ils ont encore augmenté depuis mai 1884.

On a noté en outre depuis un an des *accès de colère* contre sa mère qu'il prenait par les cheveux, contre son petit frère (cinq ans), contre les objets qu'il cassait. Un jour, une dame voyant qu'il se révoltait contre sa mère, l'a souffleté ; alors, de rage, il a pris un couteau et s'en est donné un coup dans la région précordiale (hémorrhagie assez abondante). Ceci se passait à la fin de septembre.

L'*intelligence* a diminué progressivement depuis deux ans. Pas de folie avant les accès; parfois il avait la *manie de s'en aller;* c'est ainsi qu'il a été arrêté à Vincennes, puis rue de Varennes. — Pas de violences après les accès, pas d'hallucinations. — Sommeil bon, il s'endormait souvent après les accès. Pas de cauchemars ; pas de secousses, pas de fièvre, pas de peurs.

Il a eu beaucoup de *vers* étant jeune. Pas d'onanisme. Pas de traumatisme. On ne sait à quoi attribuer sa maladie. *Traitement:* Bromure de potassium ; iodure de fer, etc. — Il n'a pas eu la rougeole ni la scarlatine ; pas de varioloïde. Coqueluche à sept ans.

Etat actuel (*décembre* 1884). — *Tête* un peu écrasée dans son ensemble. — *Crâne* régulier; prédominance des parties occipitales; bosse occipitale cependant peu saillante; bosses pariétales également. — *Front* bas, étroit. La bosse frontale droite est peut-être un peu plus saillante que la gauche.

Circonférence horizontale.	0m,52
Courbe bi-auriculaire (d'un conduit auditif externe à l'autre).	0 32
Courbe occipito-frontale (de la racine du nez à la protubérance occipitale).	0 32
Diamètre antéro-postérieur	0 17
— bi pariétal	0 14 1/2
— bi-orbitaire	0 11

Face ovale, peu haute et relativement large. — *Arcades orbitaires* normales. *Yeux* saillants ; fentes palpébrales larges. Iris gris verdâtre. — *Pupilles* égales, sensibles. — *Nez* large, lobule et narines un peu relevées. — *Bouche* large, lèvres épaisses, surtout l'inférieure qui est légèrement renversée en dehors. — *Mâchoire supérieure :* douze dents bien rangées ; manquent : deux petites molaires et premières molaires arrachées pour carie. Trois dents cariées. — *Mâchoire inférieure :* douze dents ; — manquent : premières molaires droite et gauche arrachées pour carie. Gencives en bon état. Articulation normale. — *Menton* bas, retiré en arrière. — *Régions malaires* saillantes, larges, égales. — *Oreilles* égales, longues (6 cent.) ; lobule à demi détaché à gauche, presque entièrement adhérent à droite. — *Cou* moyen (circonférence 32 cent.).

Thorax bien conformé (circonférence aux mamelons, 73 cent.), ainsi que l'abdomen et le bassin. Percussion et auscultation normales. — *Membres supérieurs* et *inférieurs* réguliers. *Peau* blanche et fine ; les cheveux, rouges, descendent bas sur le front et avancent beaucoup sur les tempes ; sourcils très marqués, très longs : ils descendent en dehors de l'apophyse orbitaire externe et se joignent presque en dedans ; ils sont bien arqués. Cils larges, nombreux. — Très léger duvet aux joues, à la lèvre supérieure et au menton.

Organes génitaux. — Poils dorés, frisés, très abondants au pénil, à la racine des bourses et sur les bourses. Verge longue et grosse (circonférence au-dessous du gland, 9 cent. ; long., 10 cent.). Bourses pendantes, plus à droite qu'à gauche. Testicules de la grosseur d'une grosse noix. — Pas d'onanisme. — *Hypospadias :* à la place de méat normal, orifice allongé se terminant par la partie supérieure de l'orifice anormal et communiquant avec lui. — Entre les deux, en écartant le méat on constate une bride légèrement saillante et linéaire ; l'orifice anormal à l'état ordinaire a la forme d'un triangle isocèle dont la base répond à la bride signalée ; son extrémité la plus inférieure est angulaire ; la longueur du méat comprenant les deux

orifices dont nous venons de parler est de 14 millim., l'orifice anormal occupe les deux tiers supérieurs du pénis.

Etat mental. — Affectueux, il dit quelquefois au garçon: « Je vous aime », et cherche parfois à l'embrasser; dit: « Je voudrais bien voir ma mère. » Caractère très doux, très obéissant. Il sait le nom des objets usuels. Les premiers jours de son séjour ici, il voulait écrire à Jeanne d'Arc. On lui a présenté un tableau noir, et il n'a tracé que des lignes informes. — Après les accès, ou les vertiges, qui sont plus fréquents, il reste hébété pendant environ un quart d'heure. Ce matin encore quoique très fatigué, il s'intéressait à ce qui passait autour de lui ; il a dit distinctement : « J'ai soif. » La *parole* est assez correcte, mais d'une façon particulière; il ouvre de grands yeux ou plisse le front; quand il va parler, il semble faire un effort pour ressaisir la notion dont il va faire usage. Il a tout à fait l'air d'un dément. Quand il demande quelque chose, par exemple à manger, il est très tenace, et réitère plusieurs fois sa demande. — Il ne refuse jamais de faire ce qu'on lui ordonne.

Motilité. — Avant ses séries d'accès, le malade marchait, en chancelant un peu, se servait bien de ses bras, mangeait proprement avec la cuiller et la fourchette. *Sensibilité* générale et spéciale normales.

Nutrition. — Il redemande très souvent à manger, ne mange cependant pas gloutonnement. — Mastication normale; il gâte la nuit seulement.

Description des accès. — Cri étranglé, se produisant parfois à la fin de la période tonique. — Chute tantôt en arrière, tantôt en avant. — Rigidité générale, égale. — Quelques secousses cloniques. — Stertor, un peu d'écume. Parfois, il se mord les lèvres et la langue ; il urine sous lui toutes les fois qu'il a de forts accès. Sommeil consécutif. *Actes automatiques:* il boutonne et déboutonne ses habits.

Description des vertiges. — Quelquefois cri étranglé, et c'est fini ; il a un brouillard devant les yeux, clignotement des paupières; durée : quelques secondes. On n'a remarqué ni pâleur, ni chute; il lâche les objets.

1884. 5 *novembre.* — *Soir :* T. R. 40°,2. — 6 *nov.* — Dans la nuit, le malade a eu vingt-deux accès; dans la journée, il en a eu trois, et de 7 à 8 heures du soir, douze. On lui a appliqué, dès le début, six sangsues aux apophyses mastoïdes, des sinapismes aux cuisses ; dans la journée, il a pris 30 grammes d'eau-

de-vie allemande. Le soir, le pouls étant vibrant et rapide, on a pratiqué une saignée de 300 grammes. — Le malade a eu trois accès pendant les préparatifs de la saignée.

T. R. *Matin* : 39°,2.— *Soir :* 39°.—(9 heures du soir), 38°,9, de suite après la saignée.— Minuit : T. R. 39°,2.

7.—De 9 à 10 heures du soir : douze accès ; trois de minuit à une heure; cinq de 3 à 6 heures. *Matin* : T. R. 40°,8 ; — *Soir* : 38°,6. — Pas de nouveaux accès.

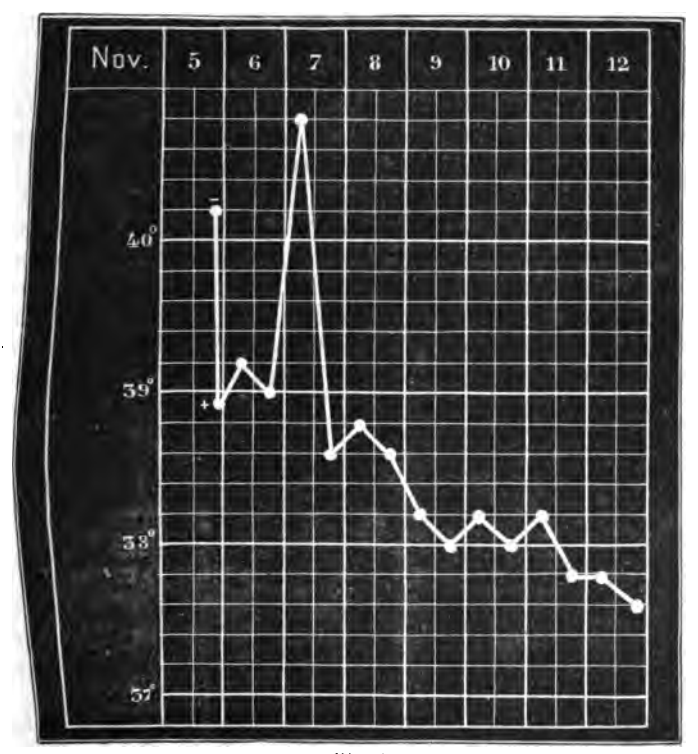


Fig. 1.

La sensibilité cutanée avait disparu, le réflexe tendineux rotulien était conservé sauf de suite après les accès. — Aujourd'hui, le malade est agité, prononce des paroles incohérentes, cherche à se lever. Le pouls est moins fort, plus rapide. La sensibilité cutanée est revenue. — Pupilles étroites, égales, sensibles. — *Traitement :* lotions vinaigrées, eau-de-vie allemande, sinapismes, sulfate de quinine.

8. — Pas d'accès: — T. R. 38°,8; — *Soir*: 38°,6.

9. — T. R. 38°,2. — *Soir*: 38°.

10. — T. R. 38°,2. — *Soir*: 38°.

11. — T. R. 38°,2. — *Soir*: 37°,8.

12. — T. R. 37°,8. — *Soir*: 37°,6. (*Fig.* 1.)

13. — T. R. 38°,2. — *Soir*: 38°. — Le malade a eu quelques vertiges, mais pas d'accès; — il a bon appétit; la soif est toujours vive.

14. — T. R. 37°,8. — *Soir*: 37°,6. — Gr... s'est levé aujourd'hui.

15 au 19. — La température normale s'abaisse progressivement jusqu'à 36°,8. — Le 17 et jours suivants, le malade a demandé à aller à l'école, ou chez ses parents, le tout en pleurant. — 6 *Décembre :* Série d'accès (7 de jour et de nuit).

1885. — Pendant le cours de l'année, la déchéance intellectuelle s'est accentuée ainsi que le montrent les notes de l'école et son écriture. La parole est un peu traînante ; tremblement de la pointe de la langue. En décembre, on constate un léger tremblement de la langue et des lèvres, de l'embarras de la parole. — La mémoire est nulle. La miction est involontaire depuis trois mois; parfois défécation également involontaire. Cyanose très prononcée des mains. Il a été soumis au traitement par l'*élixir polybromuré*.

1886. 9 *mars*. — Le matin, quand on l'apporte à l'infirmerie, il avait eu 3 accès et était sans connaissance. Il a eu son premier accès à l'infirmerie à 10 heures; à partir de là, les accès sont survenus à un quart d'heure d'intervalle, sans retour de la *connaissance*.

11 h. 50. — Le malade est dans le décubitus dorsal, dans le coma avec stertor, la face est un peu rouge, les pupilles sont dilatées. Le pouls est très rapide, incomptable. Les mouvements respiratoires sont rapides, mais réguliers.

15e *accès*. — Subitement le malade tourne la tête vers la droite, les yeux sont fortement portés de ce côté, puis il reporte la tête à gauche; la face rougit, la contracture devient générale; le cou est en extension ; le tronc raidi se dresse à moitié; les membres supérieurs sont contracturés dans la flexion; le pouce est dans la main, les doigts fléchis; les membres supérieurs sont en extension forcée. Tout le corps est ensuite agité de mouvements rapides. Le membre inférieur gauche se relève à une distance de 20 ou 50 centimètres du plan du lit; la jambe droite reste horizontale. La tête se reporte à gauche. Les con-

vulsions continuent. La face devient cyanosée. La contracture est plus marquée à droite : une écume peu abondante, mais épaisse, non sanguinolente, vient sur les lèvres. Durée de l'accès, 2 minutes. Après l'accès, coma et stertor. L'infirmier raconte qu'au début du 9ᵉ accès le malade a poussé un cri. Ce cri ne s'est pas renouvelé jusqu'à présent. T. R. 39°.

16ᵉ *accès.* — En tout semblable au précédent. Pas de cri initial, mais un bruit étouffé. Au début de l'accès, la tête et les yeux sont fortement portés à gauche, puis à droite; la mâ-

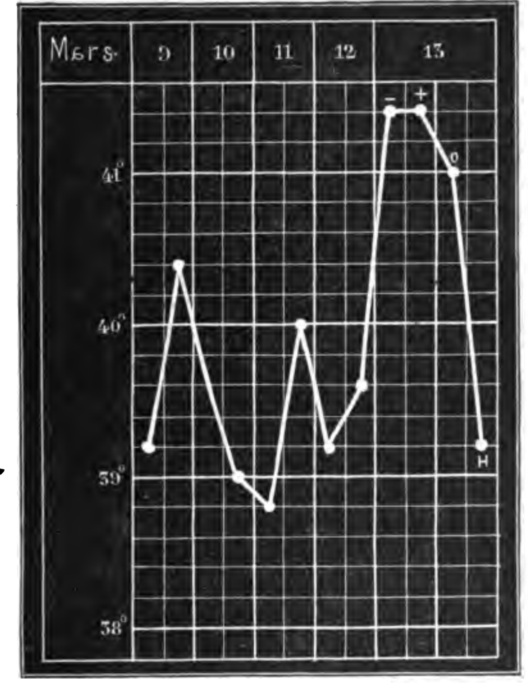


Fig. 2. — O, T. une demi-heure après la mort; H, T. une heure après.

choire inférieure en abaissement forcé, avec un mouvement latéral qui la porte fortement à gauche, puis à droite... Durée : une minute. Le malade a uriné sous lui. T. R. immédiatement après l'accès, 39°,5.

26ᵉ *accès.* — Rien de nouveau. Durée moindre (40 secondes). T. prise sous l'aisselle pendant l'accès : 40°,4. Pouls, après

l'accès, petit, incomptable. Sueurs abondantes. — Traitement: lotions vinaigrées, sinapismes, sangsues à l'anus.

44e *accès*. — *Période tonique* très écourtée. Rien de particulier, sauf une cyanose localisée, dès le début de l'accès, à la main et au poignet droits. Les sangsues n'ont pas pris à l'anus; on en mettra cinq à chaque apophyse mastoïde.

10 *mars*. — Gr... n'a eu que deux accès la nuit dernière ; il reconnaît *un peu* ce matin l'infirmière. T. R. 38°,8. P. fréquent, faible, dépressible, face vultueuse ; respiration courte et gênée, avec ronchus s'étendant à distance. Il y a eu en tout 47 accès. Traitement : 60 ventouses ; Jul. acétate d'ammoniaque ; quinquina, etc. — *Soir :* T. R. 40°.

11.— T. R. 39°,2. — *Soir :* T. R. 39°,6.

Depuis le 9 mars ni accès, ni secousses. Après les ventouses les symptômes d'asphyxie ont momentanément diminué, puis ils ont reparu plus intenses. L'affaiblissement fait des progrès.

12. — T. R. 41°,4 matin et soir. Symptômes de congestion méningitique. Le malade meurt à 7 h. 45 du matin. T. R. immédiatement après la mort : 41°,2 ; — une demi-heure après : 41° ; — une heure après : 39°,2. (*Fig*. 2).

MOIS	1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier.	»	»	48	»	57	10
Février.	»	»	38	»	99	2
Mars.	»	»	40	»	83	12
Avril.	»	»	32	»	»	»
Mai	»	»	41	»	»	»
Juin	»	»	53	»	»	»
Juillet	»	»	52	»	»	»
Août.	»	»	43	»	»	»
Septembre	»	»	51	»	»	»
Octobre	9	24	50	»	»	»
Novembre	84	159	54	»	»	»
Décembre	43	12	65	»	»	»
Totaux	136	195	567	»	239	24

Poids. — 1884. Octobre. 45 kil. 700 gr.
— 1885. Janvier. 52 kil.
— — Juin. 52 kil. 500 gr.
Poids. — 1886. Janvier. 57 kil.
— — Mars. Après décès. 48 kil.
Taille. — 1 m. 60.

Autopsie. — *Symphyse cardiaque* ancienne; *brancho-pneumonie* double surtout aux bases; on ne constate dans les cavités thoracique et abdominale aucune autre lésion digne d'être rapportée.

L'*encéphale* pèse 1,160 gr.; le liquide céphalo-rachidien est légèrement augmenté. — La *pie-mère* présente une vascularisation aussi prononcée à la base qu'à la convexité, presque ecchymotique surtout du côté droit.—L'*hémisphère cérébelleux* droit pèse 15 gr. de plus que le gauche. — *Cervelet et isthme*, poids : 160 gr. On ne constate ni adhérence de la *pie-mère*, ni lésion en foyer, etc.

Hémisphère gauche. — La *scissure de Sylvius* est normale, et ne présente qu'un prolongement d'un centimètre environ dans le lobule pariétal inférieur. — Le *sillon de Rolando* est sinueux, profond. — La *scissure perpendiculaire externe* se prolonge en arrière par l'intermédiaire de la scissure interpariétale sur un centimètre de longueur avec le sillon occipital transverse, la partie postérieure isolée de la seconde scissure temporale et va former enfin un sillon préoccipital et aboutir à l'incisure préoccipitale. Il résulte de cette disposition que le lobe occipital est complètement isolé des lobes pariétal et temporal. — La scissure *interpariétale* prend son origine au fond de la scissure de Sylvius; elle est sinueuse, profonde, envoie au niveau de son coude un prolongement en γ formant ainsi en arrière de la circonvolution pariétale ascendante une scissure parallèle; — à un centimètre en arrière de son coude, elle envoie d'abord un rameau ascendant qui, après avoir traversé le lobule pariétal supérieur, va se terminer en encoche sur la face interne, puis un rameau descendant allant rejoindre la scissure parallèle temporale, et séparant le lobule pariétal inférieur du pli courbe. A quelques millimètres plus loin on trouve un autre rameau descendant à parcours peu étendu.

Le *lobule orbitaire* est bien développé, très sillonné.

Face convexe. Lobe frontal. — En avant de la circonvolution frontale ascendante il existe une *scissure parallèle frontale* com-

plète, prenant son origine dans la scissure de Sylvius et se terminant à 2 millim. de la scissure interhémisphérique. — La *première circonvolution frontale* très sinueuse, fortement découpée dans tous les sens et bien développée, envoie deux plis de passage à la seconde circonvolution frontale qui interrompent la continuité de la *première scissure frontale* qui est sinueuse et profonde. — La *deuxième circonvolution frontale* est également bien développée, très découpée; à sa partie médiane se trouve un sillon profond allant de la première scissure frontale au sommet de la partie triangulaire de la troisième circonvolution frontale, ce sillon est bordé au niveau de la *deuxième scissure frontale* de deux plis de passage à niveau qui interrompent la continuité de la deuxième scissure en reliant les parties antérieure et postérieure du cap à la seconde circonvolution frontale. La *troisième circonvolution frontale* paraît assez bien développée.—La *circonvolution frontale ascendante*, sinueuse, est bien conformée. — La *circonvolution pariétale ascendante*, également sinueuse, est un peu grêle.

Lobe pariétal.— Les *lobules pariétaux supérieur et inférieur* ne présentent pas d'autres particularités que celles résultant du trajet de la scissure interpariétale ci-dessus décrite. — Le *pli courbe* est volumineux et relié à la deuxième circonvolution temporale par un pli de passage à niveau. — Le *lobe occipital* n'offre pas d'anomalies, mais ses circonvolutions sont un peu maigres.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale* peu développée possède des circonvolutions temporales transverses très peu développées. La scissure parallèle, interrompue vers le milieu de son parcours par un pli de passage profond, envoie en avant de celle-ci un sillon profond qui divise entièrement la première circonvolution temporale; de ce même point part obliquement une autre incisure moins profonde qui se termine à l'incisure préoccipitale, après avoir divisé la *seconde circonvolution temporale* qui est bien développée. — La *deuxième scissure temporale* est très irrégulière et tronçonnée. — On ne saurait distinguer de *troisième circonvolution temporale*, qui, ici se trouverait confondue avec la seconde.

Face interne. Lobe temporo-occipital. — La *première scissure temporo-occipitale* est irrégulière, divisée en tronçons dont l'un envoie un sillon à la *deuxième scissure temporo-occipitale* à travers la *première circonvolution temporo-occipitale*

qui, quoique bien développée est par suite très irrégulière et mal délimitée du lobe temporal. — Toutes les parties situées à l'entour de l'incisure préoccipitale, mais surtout en arrière, soit sur la face convexe, soit sur la face interne, soit un peu en retrait et *chagrinées*. — La *deuxième scissure* et la *deuxième circonvolution temporo-occipitales* paraissent assez bien conformées, toutefois la partie médiane de la circonvolution est légèrement en retrait et chagrinée. — La *circonvolution frontale interne* est bien développée, très sillonnée. Le *lobule paracentral* est très développé, bien isolé des circonvolutions environnantes; il présente un sillon médian transversal. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse et va se perdre sur la face convexe à deux centimètres en avant de la scissure interhémisphérique. — La *circonvolution du corps calleux* ne présente rien de particulier, mais à sa partie la plus postérieure au niveau du bourrelet du corps calleux, elle est un peu en retrait. — Le *lobule quadrilatère*, moins bien développé, est divisé par un sillon vertical, aboutissant à la scissure souspariétale, il n'existe qu'un pli de passage pariéto-limbique postérieur. — Le *coin*, la *scissure perpendiculaire interne*, la *fissure calcarine* ne présentent aucune anomalie. — Le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique* paraissent normaux. — Il en est de même du *lobule de l'insula*.

Hémisphère droit. — La *scissure du Sylvius* se termine dans le pli pariétal inférieur où elle atteint presque la scissure interpariétale; à l'endroit où elle pénètre dans le pli pariétal inférieur, on trouve un petit pli de passage un peu en retrait qui isole sa partie pariétale; il existe deux rameaux antérieurs ascendants, l'un situé entre l'opercule et la circonvolution frontale ascendante va se jeter dans le sillon précentral inférieur, l'autre situé entre l'opercule et la partie triangulaire de la troisième circonvolution va se perdre dans la deuxième scissure frontale. — Le *sillon de Rolando*, très profond, a la forme d'un S. — La *scissure perpendiculaire externe* n'atteint pas la scissure interpariétale dont elle est séparée par un pli de passage à niveau allant du pli pariétal supérieur au lobe occipital. — La *scissure interpariétale* est très irrégulière, forme en arrière de la circonvolution pariétale ascendante une scissure parallèle presque complète, mais peu profonde à sa partie inférieure; elle envoie un peu au-dessus de son coude un sillon horizontal profond qui divise presque entièrement la

pariétale ascendante en deux parties, une supérieure, et une inférieure; à un centimètre en arrière de son coude, son trajet est interrompu par un pli de passage à niveau allant de la partie postérieure du pli pariétal supérieur au pli courbe; plus loin la scissure interpariétale va se terminer dans le premier sillon occipital. Le *lobule orbitaire* est bien développé, normal.

Face convexe. Lobe frontal. — En avant de la circonvolution frontale ascendante, on trouve une *scissure parallèle* qui n'est interrompue que par un pli de passage un peu en retrait, allant de la deuxième circonvolution frontale à la frontale ascendante. — La *première circonvolution frontale* qui est bien développée, très sillonnée, envoie à son tiers antérieur un pli de passage à niveau, grêle, à la deuxième circonvolution frontale qui est bien développée, mais très irrégulière; celle-ci est très sillonnée; à son tiers antérieur, elle est divisée par un sillon profond qui longe la face antérieure du pli de passage ci-dessus et fait communiquer entre elles la *première* et la *deuxième circonvolution frontale;* à un centimètre et demi environ plus en arrière on trouve un autre sillon profond qui, après être descendu d'abord verticalement dans la deuxième frontale, marche ensuite parallèlement à elle vers son milieu et va se jeter dans la scissure parallèle frontale, en formant ainsi un dédoublement de la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale. — Un pli de passage légèrement en retrait, allant de la partie supérieure de l'opercule à la deuxième frontale, interrompt la continuité de la deuxième scissure frontale à sa partie la plus postérieure. — La *troisième circonvolution frontale* est bien développée, mais irrégulière; on y trouve encore à sa partie la plus antérieure un pli de passage se rendant à la deuxième circonvolution frontale. — La *circonvolution frontale ascendante*, sinueuse, est déprimée à son centre qui est très grêle et surplombé par la circonvolution pariétale ascendante bien développée à sa moitié inférieure, mais plus grêle que de coutume à sa moitié supérieure.

Lobe pariétal. — Le *pli pariétal supérieur*, bien développé dans ses deux tiers antérieurs, est maigre dans son tiers postérieur isolé du reste du lobule par un rameau ascendant de la scissure interpariétale, rameau qui, après avoir contourné la scissure interhémisphérique, se termine sur la face interne. — Le *lobule pariétal inférieur,* bien développé, est isolé du pli courbe, également bien développé, par un sillon descendant se

rendant de la scissure interpariétale, à la scissure parallèle. — La presque totalité du lobule pariétal inférieur, surtout dans sa partie postéro-inférieure, est chagrinée ; il en est de même du pli courbe, mais à un degré moins prononcé.

Le *lobe occipital* est assez volumineux ; mais ses deuxième et troisième circonvolutions sont un peu chagrinées.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale* est bien développée, présente des circonvolutions temporales transverses semblables à celles de gauche. La *scissure parallèle*, très profonde, se divise à son extrémité postérieure en deux rameaux, l'un antérieur qui se perd dans le pli pariétal inférieur, l'autre postérieur qui, après avoir pénétré dans la portion postérieure de la seconde circonvolution temporale, est coiffé par le pli courbe.— La *deuxième circonvolution temporale* est bien développée et chagrinée dans sa moitié postérieure. — La *deuxième scissure temporale* est irrégulière, tronçonnée, mais on peut à la rigueur, surtout postérieurement, distinguer une *troisième circonvolution temporale* également un peu *chagrinée* et légèrement en retrait vers l'incisure préoccipitale.

Face interne. Lobe temporo-occipital. — La *première scissure temporo-occipitale* est assez profonde, sinueuse. La *première et la deuxième circonvolutions temporo-occipitales* sont bien développées. — La *deuxième scissure temporo-occipitale* est profonde.

La *circonvolution frontale interne*, bien conformée, est très sillonnée. — Le *lobule paracentral*, bien développé, a la forme d'une bourse dont l'ouverture siégerait au niveau de la *scissure calloso-marginale* qui est normale ; un pli de passage à niveau, maigre, relie la partie inféro-antérieure du lobule paracentral à la circonvolution frontale interne. — Le *lobe quadrilatère* est petit, maigre, possède un petit pli pariéto-limbique postérieur. — Le *coin*, la *scissure perpendiculaire interne*, la *fissure calcarine* ne présentent pas d'anomalies. — Le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique* n'offrent rien de particulier. — Il en est de même du *lobule de l'insula*.

Le malade Gr. a présenté des *actes automatiques* ne se différenciant guère de ceux qu'on observe ordinairement chez les épileptiques; mais l'on a noté, en

outre, des *phénomènes rotatoires* qui se rencontrent également assez souvent chez certains épileptiques[1], soit d'une façon à peu près constante, soit à de rares intervalles et sur la nature desquels il est encore difficile de se prononcer. Les lésions portent surtout sur l'hémisphère cérébral droit dont certaines circonvolutions des lobes pariétaux et temporal offrent un certain degré d'atrophie et un aspect chagriné.

L'*hémisphère cérébelleux gauche était atrophié* et pesait 15 grammes de moins que le droit. Les phénomènes rotatoires présentés par le malade auraient été sous la dépendance de cette lésion; mais nous ne saurions lui attribuer de même les actes automatiques simples que nous avons signalés; ajoutons toutefois, qu'avant son entrée à Bicêtre, Gr... avait la manie de s'en aller, qu'il a été retrouvé dans différents endroits de Paris, mais nous ignorons s'il était *procursif*.

Les circonvolutions et les scissures cérébrales étaient très anormales; à gauche la scissure perpendiculaire externe, en se prolongeant jusqu'à l'incisure préoccipitale, isolait, comme chez le singe, les lobes pariétaux et temporal du lobe occipital.

Bien que cela nous écarte un peu de notre sujet, il est un point de l'histoire de ce malade que nous ne pouvons laisser passer sans attirer sur lui l'attention de nos lecteurs : il s'agit des deux *états de mal* qu'il a eus en 1884 et en 1886. Dans les deux cas, la *température centrale* a suivi la marche régulière signalée souvent par l'un de nous (*fig.* 21 et 22). Le premier tracé

[1] « One of my patients always hopped round the room before he fell in a fit. » (Gowers, *On Epilepsy*, p. 121.)

montre la marche de la température dans un état de mal qui se termine par la guérison; le second nous donne la marche de la température dans un cas d'état de mal aboutissant à la mort, avec les deux sommets classiques, l'un correspondant à la fin de la *période convulsive*, l'autre correspondant à la *période méningitique* terminale.

Observation XXVI. — *Mère, nerveuse. — Grand'mère maternelle, attaques de nerfs, somnambulisme, migraines.*

Conception par viol. — Grande différence d'âge entre les père et mère. — Premières convulsions à six mois. — De quinze mois à quatre ans, vertiges. — Premier accès à sept ans. — Débilité mentale. — Idées mélancoliques après les accès. — Excitation maniaque. — Onanisme. — Hydrothérapie et bromure de sodium. — Kyste hydatique du foie : Ponction ; guérison.

Led... (Charles), né le 13 mars 1863, est entré le 4 mai à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Led.. n'a que des accès de nuit ; après l'accès, *il cherche à faire son lit, parcourt la salle*, puis va se coucher dans le premier lit venu.

Observation XXVII. — *Pas d'antécédents héréditaires. — Incontinence nocturne intermittente d'urine. — Epilepsie, attribuée à des coups qu'il aurait reçus d'une employée de son père.*

Jarr..., né le 20 mars 1876. Ce malade a des vertiges diurnes accompagnés de marche. — Après les accès nocturnes il se lève parfois, va embrasser son père inconsciemment et se recouche.

Observation XXVIII. — *Père mort d'un cancer de la langue. — Cousine germaine du côté maternel, hystérique. — Deux frères morts de méningite. — Asphyxie à la naissance*[1]. — *Marche et parole à quatre ans. — Convulsions à treize mois. — Incontinence nocturne d'urine jusqu'à seize ans. — Onanisme dès l'enfance. — Intelligence peu développée. — Sodomie. — Inversion du sens génital. — Début de l'épilepsie non précisé. — Parfois aura. — Hallucinations après l'accès. — Hernie inguinale gauche.*

Gib... (Arthur-Philibert), né le 22 décembre 1850, est entré le 2 septembre 1885, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

[1] C'est là une des causes les plus fréquentes des maladies de l'encéphale qui produisent l'idiotie, et sur laquelle nous avons souvent appelé l'attention (B.).

Ce malade accomplit des actes automatiques après ses accès.. Avant de tomber, il fait trois ou quatre pas en tournant. Après l'accès, pendant vingt minutes environ, il cherche sous les tables, les armoires, de prétendus rats et des souris.

Observation XXIX. — *Père douteux. — Mère débauchée. — Début des accès à quatre ans. — Chute dans la Seine. — Roulement, automatisme. — Etourdissements précédant les accès. — Onanisme. — Kleptomanie, gloutonnerie, herbivore. — Clastomanie, fugues. — Ingestion exagérée de boudin; retour des aliments, introduction dans les voies respiratoires. — Mort.*

Autopsie : *Œsophage, larynx, bronches remplis de boudin; estomac plein ; thymus persistant. — Atrophie des lobes occipitaux. — Hémisphère droit 20 gr. de moins que le gauche.*

Fauc... (Léon), né le 11 juillet 1870; est entré le 17 juillet 1885 à Bicêtre (service de M. Bourneville) et y est décédé le 2 décembre 1885. — Ce malade se déchire, se déboutonne, retire son pantalon, le laisse tomber, prend sa verge, se touche et souvent s'endort.

Observation XXX. — *Grand'mère paternelle, névralgies. — Tendance aux congestions dans la famille paternelle. — Oncle paternel, mort de convulsions. — Tante paternelle, attaques de nerfs et insuffisance intellectuelle. — Grand'mère maternelle et deux oncles maternels, suicide. — Trois morts subites dans la famille maternelle. — Un frère, une sœur, une cousine germaine, morts de convulsions.*

Premières convulsions à six semaines portant exclusivement sur le côté droit et prédominant au bras. — Vertiges (deux ans et demi à six ans). — Premiers accès à six ans. — Onanisme. — Hémiplégie droite. — Imbécillité. — Microcéphalie.

Lacro... (Henri), né le 5 avril 1866, est entré le 14 juillet 1882, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Après les accès, Lacro... déchire régulièrement ses draps et ses effets.

Observation XXXI. — *Epilepsie. — Légère déchéance intellectuelle. Automatisme.*

Jaco... (Adolphe-Henri), né le 8 janvier 1864, est entré, le 31 mai 1877, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Jaco..., à la suite de ses accès, se déshabille complètement, cherche à se coucher dans le lit de camp, comme si c'était un véritable lit.

OBSERVATION XXXII. — *Père, mort phthisique. — Un frère, mort de convulsions.— Un autre : hémiplégie gauche non infantile.— Peur pendant la grossesse. — Accouchement huit jours après. — Convulsions de six semaines à trois ans. — Puis accès convulsifs. — Aura médiate. — Soubresauts. — Pyromanie. — Excitation maniaque. — Violences. — Hémorrhoïdes. — Diminution des facultés intellectuelles. — Hydrothérapie.*

Pla... (François-Dominique), né le 2 janvier 1829, est entré le 15 janvier 1875 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Aussitôt l'accès terminé, Pl... saisit les colonnes de la salle du chauffoir, cherche à les ébranler; il prend ensuite les matelas du lit de camp, simule l'acte de faire un lit.

Avant son entrée à Bicêtre, on avait constaté qu'après les accès, Pl... cherchait à sortir, il fallait le maintenir, le surveiller.

OBSERVATION XXXIII. — *Père mort phthisique. — Un oncle paternel phthisique. — Un autre épileptique. — Mère migraineuse. — Grand'mère maternelle hystérique. — Une tante maternelle [illegible]isique. — Sœur, morte de convulsions. — Gémellarité. — [illegible]ières convulsions à treize mois. — Début des accès à vingt-d[illegible] ans. — Diminution des facultés intellectuelles. — Onan[illegible]. — Automatisme.*

Lo[illegible]. (Paul-Denis), né le 29 novembre 1850, est entré le 26 no[illegible]bre 1881 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Ce [illegible]ade cherche après l'accès, pendant dix minutes, à ouvrir toutes [illegible] portes avec n'importe quel objet qui lui tombe sous la main. [illegible]erche souvent aussi à se déshabiller.

Etant [illegible]core chez sa mère, Louq... accomplissait des *actes automat[illegible]es* : il voulait s'en aller: « Oh ! ça y est, disait-il, je veux aller tra[illegible]iller. » Il se déboutonnait, cherchait dans ses poches, commen[illegible]t à se déshabiller. Quelques jours avant son entrée à Bicêtre, [illegible]e serait, après un vertige, déshabillé dans la rue Cardi-al-Len[illegible]e ; il accrochait ses habits. On l'a reconduit chez lui ue R[illegible]) et on l'a couché sans qu'il s'en doutât. Au bout de elqu[illegible]minutes, il revint à lui.

[illegible]SER[illegible]TION XXXIV. — *Mère, nerveuse, inconduite, migraineuse, m[illegible] phthisique.— Cousin germain idiot. — Frères, morts de con-v[illegible]ons. — Premiers accès à douze ans. — Aura nasale. — Au-[illegible]tisme post-épileptique.*

[illegible]g... (Jacques), né le 3 janvier 1865, est entré le 12 août 1880 à [illegible]re (service de M. BOURNEVILLE).

Ce malade, dont l'un de nous a déjà publié l'observation[1], présente de l'automatisme à la suite de ses accès : il se lève, l'air égaré, traverse toute la salle de l'infirmerie, va à un lit vide, essaie de l'ouvrir par le pied, finit enfin par relever le drap et se couche sous la couverture. Il répond à peine aux questions et par monosyllabes : « Je ne sais, mon lit, etc., » puis il s'endort paisiblement. C'est sous cet aspect que nous avons observé chez ce malade l'automatisme à la suite d'un accès le 8 février 1882.

OBSERVATION XXXV. — *Père diabétique. — Grand'mère paternelle phthisique. — Mère hystérique. — Deux cousins germains de la mère du côté paternel, épileptiques. — Vertiges à dix-huit mois, accès à six ans. — Phénomènes cataleptiques. — Aura. — Folie et courses consécutives. — Pyromanie et kleptomanie. — Mort dans un accès.*

De Buss... (Gaston-Emile), né le 5 mai 1859, est entré le 16 mars 1874 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) et y est décédé le 8 septembre 1883.

Aura.—Au début il s'écriait: «Maman, bobo», il se plaignait que ça lui piquait dans la tête et dans le nez. Il accourait vers sa mère chez laquelle il ne s'est jamais blessé. Dans son sommeil il appelait également : « Maman, bobo », poussait un cri très fort ; rigidité générale, secousses cloniques. Pas d'écume ; morsure rare de la langue. Après les accès, sommeil d'une demi-heure. Quelquefois folie consécutive : il criait, gesticulait, *courait* dans la chambre, dans l'avenue (à Saint-Mandé), voulait tuer sa mère parce qu'elle ne voulait pas lui laisser faire tout ce qu'il voulait. Il voulait se jeter par la fenêtre pour la même raison. Ces « furies » ne duraient que quelques minutes. Il a mis une fois le feu dans la salle à manger où il s'était enfermé.

II. AUTOMATISME PROFESSIONNEL. — Les actes automatiques professionnels sont presque aussi fréquents que les précédents, mais leur importance en médecine légale est bien moindre.

OBSERVATION XXXVI. — *Mère, morte d'un cancer du sein. — Début de l'épilepsie vers l'âge de trente-quatre ans.*

Crél... (Félix), né le 12 octobre 1825, est entré le 25 mars 1886, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

[1] Bricon (P.). — *Du traitement de l'épilepsie;* Paris, 1882, obs. X, p. 97.

Nous avons ici affaire à un cas d'*automatisme professionnel;* ce malade est tailleur: après l'accès il fait le simulacre de coudre au moins pendant dix minutes.

OBSERVATION XXXVII. —*Père alcoolique, céphalalgique, rhumatisant, mort d'apoplexie ainsi qu'un oncle paternel. — Un petit-cousin paternel, imbécile. — Alcoolisme. — Premier accès à vingt-neuf ans. — Vertiges. — Aura médiate au début. — Diminution de la mémoire.— Périodes de mélancolie et d'agitation.— Rhumatismes. — Automatisme.*

Ru... (Louis-Pierre), né le 26 avil 1842, est entré le 23 décembre 1880 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Ce malade est occupé à la buanderie; il a présenté de l'automatisme professionnel observé durant un vertige. Il était en train de plier du linge, il pâlit, se lève sans mot dire, prend un drap, le plie seul, répond machinalement aux questions qu'on lui adresse; la face devient pourpre, et le malade se dirige vers le bassin, prend du linge et une brosse et se met à frotter pendant vingt minutes tout à fait automatiquement. Revenu à lui, il est tout étonné de se trouver là et dit aux personnes qui l'environnent: « Mon Dieu, que c'est bête d'avoir cette maladie! où suis-je? » Il se remet ensuite paisiblement à son travail. Chez lui Bu... accomplissait parfois, avant l'accès, des actes automatiques. S'il était en train de manger, il remuait sa cuiller, écartait son assiette, chiffonnait avec les mains, faisait mouvoir sa langue entre les dents.

OBSERVATION XXXVIII. — *Aura. — Diminution des facultés intellectuelles. — Onanisme.*

Tixi... (Victor-Jules), né le 21 juin 1862, est entré le 24 mars 1878, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

C'est encore un exemple d'*automatisme professionnel.* Ce malade travaille au marais. Après un des accès observés, il se met à se promener dans le réfectoire et fait le simulacre pendant huit minutes de semer des pois ou d'autres graines.

III. AUTOMATISME PRÉCÉDANT L'ACCÈS. — L'automatisme préépileptique est assez rare; on en trouve cependant quelques exemples dans les auteurs. Tels sont, par exemple, les cas suivants publiés par Herpin [1].

[1] Herpin. — *Loc. cit.*, p. 122.

— Une couturière, qui essayait une robe à une dame, répète à plusieurs reprises la courte phrase qu'elle prononçait au moment de perdre connaissance ; elle s'assied, l'œil hagard, elle baise le verre d'eau qu'on lui présente, se raidit de tous les membres, et l'attaque se complète.

— Le fils d'un médecin, pris à table un jour devant son père, jette au loin le verre dont il buvait le contenu au moment de perdre connaissance ; une autre fois, saisi au milieu d'un jeu, dans la cour d'un lycée, il entre sans tunique dans une classe qui n'était pas la sienne, insulte un maître d'étude, puis se roidit et tombe.

— Le neveu d'un autre médecin, étant à table et mangeant, en présence de son oncle, se lève brusquement et, par des mouvements désordonnés, mais non convulsifs, renverse les objets qui étaient devant lui ; bientôt, flexion de la tête en avant, lèvres avancées, aucun cri; on le retient dans sa chute, contraction générale, figure pourpre.

A ces cas nous ajouterons les suivants, observés chez des malades du service de Bicêtre :

Observation XXXIX. — *Père alcoolique.— Mère phthisique. — Sœurs et pères malformés et convulsifs. — Hydrocéphalie légère. — Epilepsie consécutive* (huit ans). — *Aura stomacale et rotatoire ; alcoolisme. — Vagabondage. — Déchéance intellectuelle. — Traitements divers.— Hydrothérapie et Bromure de nickel, sans succès.*

Mor.. (Charles), né le 7 décembre 1865, est entré le 24 septembre 1882, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Il s'agit dans ce cas de mouvements automatiques précédant immédiatement l'accès. — Mor.... se frotte la tête et marche en disant : « Oh! j'ai mal à la tête, je vais tomber. »

Observation XL. — *Père alcoolique, colérique, eczémateux, mort phthisique. — Grand-père maternel alcoolique. — Frère mort de convulsions. — Autre frère, convulsions et tumeurs blanches. — Première dent à sept mois; parole à un an, marche à quinze mois. — Coqueluche à deux ans et demi, puis fièvre typhoïde et pneumonie.— Rougeole à quatre ans.— Accidents cérébraux à deux ans. — Scarlatine, premier accès à dix ans. — Accès surtout nocturnes. — Kleptomanie. — Sauts et courses, congestion méningitique, déchéance intellectuelle, onanisme. — Automatisme. — Bromure d'arsenic, aimant, nitrate de pilocarpine.*

Del... (Léon-Jules), né le 19 décembre 1869, est entré le 10 mars

1881, à Bicêtre (service de M. Bourneville) et y est décédé le 15 avril 1885.

L'observation de ce malade a déjà été publiée par l'un de nous[1]. Il s'agit dans ce cas d'*automatisme préépileptique*. Qu'il soit endormi dans son lit ou sur une chaise, il se lève d'un bond; il a peur, semble regarder un point fixe en l'air, les bras en avant, il va à reculons, comme pour fuir un danger, profère des cris étouffés; une fois on l'a entendu dire: « Ils sont deux »; une autre fois, il tapait sur son oreiller à coups de poings, disant : « Je le tue »; d'autres fois, il dit : « Ça y est »; durée : deux minutes; mais si à la suite, il y a des convulsions, cela dure plus longtemps; il s'affaisse, les yeux se tournent, les membres se raidissent, puis il a des secousses, de l'écume; il ne se mord pas la langue, mais urine quelquefois sous lui; enfin il se rendort.

Observation XLI. — *Mère hystérique, intelligence peu développée. — Grand'mère maternelle, mélancolie, idées de persécution. — Né avant terme : convulsions à vingt-deux mois, début de l'épilepsie à trois ans. — Aura. — Etat de mal. — Déchéance intellectuelle. — Violences. — Délire postépileptique. — Kleptomanie, automatisme. — Dilatation pupillaire droite. — Embarras de la parole. — Etat de mal. — Mort.*

Autopsie. — *Persistance du thymus*[2], *épiploon de la vésicule biliaire. — Persistance oblique du trou de Botal. — Légère induration du bord libre d'une valvule mitrale. — Méningo-encéphalite.*

Vissi... (Alexandre-Raphaël-Georges), né le 30 décembre 1868, est entré le 13 mars 1885, à Bicêtre (service de M. Bourneville), et y est décédé le 19 avril 1885.

Nous avons affaire ici à un cas d'*automatisme préépileptique*. — Tout d'un coup Viss... se levait, marchait ou non et donnait de violents coups de pieds, ou de violents coups de mains; tantôt dans le vide, tantôt sur les personnes; un jour, la première fois qu'on a remarqué ces accidents, il a donné un violent coup de main sur l'épaule de sa mère. — Jamais il n'a frappé son père; il lui disait: « Papa attache-moi! » Dans ses mouvements, les objets étaient brisés.

A Bicêtre, le malade n'avertissait pas, mais on assure que avant ses accès, il courait une vingtaine de pas, donnait un soufflet à la personne qui se trouvait devant lui et tombait en accès; la main

[1] Bricon. — *Du traitement de l'épilepsie*, 1882, p. 91.

[2] Nous avons eu l'occasion d'observer souvent la persistance du thymus, même chez des adultes; nous consacrerons prochainement à ce sujet une note.

ouverte, il frappait où il pouvait; l'infirmier qui nous renseigne aurait été frappé deux fois.

Les divers auteurs qui ont traité de l'épilepsie ont, pour la plupart, parlé de l'automatisme, souvent, il est vrai, en termes fort concis. On trouve disséminées dans les journaux et les recueils de médecine des observations de malades atteints d'épilepsie accompagnée d'automatisme [1].

Dans sa thèse sur la *Pathologie des états épileptoïdes,* O. Berger [2] établit un rapprochement entre une de ses observations et celle publiée antérieurement par Semmola, qui se rapporte à l'épilepsie procursive proprement dite. Nous n'y voyons, pour notre part, qu'un de ces cas d'automatisme si fréquemment observés chez les épileptiques. Nous croyons toutefois utile de le rapporter entièrement, laissant au lecteur le soin de juger en dernier ressort.

Observation XLII. — *Mère morte maniaque. — Signes légers de dégénérescence. — Début à vingt-deux ans. — Vertiges. — Accès procursifs. — Morsure de la langue. — Irritabilité très prononcée. — Déchéance intellectuelle assez notable.*

Johann S..., vingt-sept ans, messager postal, ancien conducteur de chemin de fer, est un individu pâle, un peu chétif.

[1] Nous n'avons pas la prétention de relater ici toutes les observations d'automatisme publiés par les auteurs; il nous faudrait citer presque tous les médecins qui se sont occupés de l'épilepsie; nous rappellerons seulement que c'est peut-être à Herpin que nous sommes redevables du plus grand nombre d'observations de ce genre. (*Loc. cit.*, p. 144, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 186, 193, 195, 199). — Voir encore pour l'automatisme les observations de Stevens et C. H. Hughes (*The Alienist and Neurologist*, avril 1880, analyse dans *Archives de Neurologie*, t. I, p. 318), d'Althaus (*Brit. med. Journal*, 1886), de A. Robertson (*Brit. med. Journal*, 21 avril 1887), de Gowers, p. 185, 186, 187, 188), etc., etc.

[2] O. Berger. — *Zur Pathologie der epileptoïden Zustande nach* 25 *Beobactungen der Kgl. Charité zu Berlin.* — Inaugural. Dissertation. Berlin, 1867. Observ. I, p. 24.

Son père vit encore, sa mère est morte maniaque à l'âge de quarante ans. Frères et sœurs bien portants. J... S... n'aurait été atteint d'aucune maladie en dehors de l'épilepsie. La tête, par rapport au corps, est fortement développée ; le crâne est aussi plus développé ; le crâne est de même plus développé que la face. Le front étroit est très proéminent ; une crête assez marquée indique très manifestement la suture bi-frontale. Au toucher, on constate que la tête est très sensible dans toutes ses parties. Les oreilles sont longues et larges, les organes génitaux sont bien développés. Les poumons, le cœur, les organes abdominaux sont normaux. Le malade, les yeux fermés et les pieds rapprochés l'un de l'autre, a quelque peine à se tenir debout ; après une demi-minute de station debout, il risque de tomber en arrière et ressent encore de la gêne motrice même après avoir ouvert les yeux. Veut-il tourner sur son axe ? il tombe bientôt en arrière ; la chute est plus rapide s'il essaie de tourner à gauche. On ne note pas de troubles de la sensibilité et de la motilité. Le malade présente une hyperesthésie généralisée à tout le corps, et un examen répété menace de produire une chute. Le fond de l'œil est très pigmenté, les veines sont très dilatées, les pupilles sont normales.

Le malade eut son premier accès, il y a cinq ans, sans cause connue. Sans aura préalable, il fut pris d'un vertige et tomba évanoui. Les accès se repétèrent ensuite chaque semaine de deux à trois fois ; à leur suite, le malade ne revenait à lui qu'après un assez long temps. Depuis son entrée à l'hôpital, J. S... a eu deux ou trois accès par jour, leur durée est de deux à trois minutes. Après l'accès, le pouls radial est intermittent, tout à fait arythmique, modérément plein et facilement compressible. D'ordinaire, une forte pulsation est suivie d'une plus longue pose, puis viennent trois ou quatre pulsations à de courts intervalles. Le cœur n'est hypertrophié dans aucun de ses diamètres, les tons sont purs.

Les accès sont tantôt légers, tantôt forts. Dans le premier cas, ils se présentent sous la forme vertigineuse : pâleur de la face, chute sans mouvements convulsifs. Le pouls est accéléré et le malade reste à la suite hébété pendant quelques minutes ; il regarde autour de lui d'un air étonné, ne répond pas aux questions ; toutefois, il revient complètement à lui peu de temps après.

Les accès ont parfois un tout autre caractère ; en voici un exemple : Le malade essayait de tirer un tiroir droit à lui, lorsqu'il pâlit subitement ; la tête s'incline en avant, puis alors il commence à décrire, avec assez de lenteur, de *petits cercles* de droite à gauche ; au troisième tour, il tombe en arrière. Au-devant de la bouche quelque peu entr'ouverte se trouve une petite quantité d'écume non sanguinolente. Les yeux sont directement dirigés en bas, les pupilles moyennement dilatées ; les extrémités sont, comme à l'ordinaire, en demi-flexion ; on ne constate ni secousses cloniques, ni secousses toniques. Après une à une minute et demie environ, le malade complètement hébété se relève, déchire ses effets, ramène vivement son pantalon jusqu'au-dessus des genoux, ne répond à aucune question. Un quart après il est à peu près complètement revenu à lui ; il répond d'une façon assez juste aux questions, mais d'un ton quelque peu criard. — Ces sortes d'accès alternent irrégulièrement avec les crises vertigineuses décrites plus haut.

Etat psychique. — Dans les premiers temps de son séjour à la Charité le malade ne présentait qu'un léger degré d'affaiblissement intellectuel ; il travaillait avec assez de zèle, était d'une politesse exagérée. Mais peu à peu il devint très irritable, cherchant dispute pour la moindre cause. Il était excité, circulait avec rapidité dans les salles, menaçait et injuriait si l'on n'exécutait pas ses volontés, et même si l'on s'y soumettait. Il expliquait d'une voix criarde et en gesticulant vivement sa maladie au médecin, demandait à ne plus suivre de traitement « pour se chercher son droit dehors ». En parlant au médecin, les mains, toujours en mouvement, sont placées devant lui ; il prononce tous les mots avec une intonation spéciale et forte ; il discourt pendant quelques minutes, d'une voix criarde et animée, de toutes choses, même de celles qui lui sont tout à fait indifférentes. L'affaiblissement des facultés intellectuelles s'est enfin accru au point que le malade ne saisit plus bien le sens des questions un peu longues.

Il s'agit ici d'actes automatiques précédant l'accès suivis de mouvements rotatoires, mais l'on ne saurait assimiler ces actes à l'épilepsie procursive proprement

dite, dont ils diffèrent de tous points. — Dans le même travail Oscar Berger rapporte plus loin quelques cas d'épilepsie accompagnés de phénomènes moteurs que nous ne croyons pas utile de rapporter ici; nous y renvoyons le lecteur.

Il nous resterait à donner l'explication physiologique de l'automatisme, nous aimons mieux nous abstenir de toute hypothèse nouvelle. Nous rappellerons seulement qu'Anstie, Thompson, Dikson, Hughlings Jakson, etc., ont attribué l'automatisme à l'épuisement des centres cérébraux supérieurs par la décharge, et à la perte temporaire du contrôle que ces derniers devraient exercer sur les centres complexes qui se trouvent juste au-dessous d'eux et agissent, par conséquent, d'une façon automatique et insubordonnée.

VII. — Anatomie pathologique.

Le nombre des autopsies de malades atteints d'épilepsie procursive ou d'accidents procursifs est assez restreint, soit parce que les cas en sont peu nombreux, soit parce que la transformation parfois complète de l'épilepsie procursive en épilepsie commune ne permet pas souvent, faute de renseignements suffisants, de porter un diagnostic rétrospectif. Nous avons déjà parlé incidemment des lésions rencontrées à l'autopsie de malades dont nous avons rapporté l'observation; voici maintenant un cas d'épilepsie procursive proprement dite, observé assez longuement et suivi

d'autopsie ayant montré, outre des lésions cérébrales plus ou moins disséminées, une *lésion cérébelleuse* à laquelle il nous semble possible de rattacher les *phénomènes procursifs* observés pendant la vie.

OBSERVATION XLIII. — *Tante paternelle scrofuleuse. — Mère migraineuse. — Grand-père maternel alcoolique. — Grand'mère maternelle morte phthisique.*

Vertiges à cinq ans. — Accès procursifs avec aura à sept ans. — Déchéance intellectuelle à partir de douze ans. — Rougeole à quatre ans. — Nitrate de pilocarpine; — curare. — Démence ; — grincement de dents. — Gâtisme ; affaiblissement progressif; état de mal. — Pyo-pneumo-thorax consécutif. — Mort.

AUTOPSIE. — *Ganglions iléo-cœcaux calcifiés ; — pyo-pneumothorax ; péricardite purulente; athérome de l'espace sous-aortique. — Tuberculose pulmonaire crétacée.*

Quelques adhérences pie-mériennes ; — atrophie et sclérose du lobe cérébelleux gauche ; — inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux et entre les hémisphères cérébelleux.

Duch... (Pierre-Nicolas), né le 26 février 1861, est entré le 18 décembre 1876 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) et y est décédé le 16 septembre 1885.

Renseignements fournis par le père et la mère (7 septembre 1885). — *Père*, cinquante-neuf ans, cocher, assez corpulent, aurait eu en 1867 une « fièvre cérébrale »[1] ; n'aurait jamais fait d'excès de boisson ; pas de migraines, pas de maux de tête, épistaxis fréquentes vers l'âge de douze ans. — [*Père*, journalier, mort à l'âge de soixante et onze ans, on ne sait de quoi. — *Mère* morte de vieillesse (?) à l'âge de soixante-dix ans environ; elle était sujette à des maux de tête. — Une *sœur*, soixante-quatre ans, abcès scrofuleux. — *Frère*, mort à soixante-deux ans environ, a eu deux enfants très bien portants. D'autres sœurs sont mortes l'une de la coqueluche et l'autre d'une affection qu'on ne peut préciser; celle-ci a laissé des enfants bien portants. — Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de suicides, etc., dans la famille.]

Mère, soixante ans, assez grande, brune, fait son ménage,

[1] Début par un tremblement, pas de délire.

tenait un garni avant la guerre ; toujours bien portante, ni migraineuse, ni nerveuse ; elle a eu, il y a deux ans, un abcès à la jambe droite avec fistule. [*Père*, enfant naturel, mort *alcoolique*, à l'âge de soixante ans environ. — *Mère* morte à trente-cinq ans de *bronchite*. — Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de suicides, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Notre malade. — *Grossesse* bonne. — *Accouchement* normal, à terme, sans chloroforme. L'enfant était bien conformé, il a été nourri au sein par sa mère jusqu'à deux ans ; il a commencé à parler de bonne heure ; il parlait convenablement et marchait bien à dix-huit mois ; plus tard on le mit à l'école où il apprenait bien. Il n'aurait jamais eu de convulsions. Les *vertiges* auraient débuté dès l'âge de cinq ans. Les parents nous les décrivent de la manière suivante : « Ça venait comme un étouffement, il cherchait à respirer, la face se décomposait, ça ne débordait pas. » « Ma femme le prenait, ça passait. » Les vertiges se montraient sans aura, environ tous les huit jours ; s'il marchait, il s'arrêtait tout d'un coup.

Les premiers *accès* se seraient montrés vers sept ans. Duch... prévenait alors en disant : « Papa, maman » ; il criait, puis *courait*. La *procursion* était très courte, quelques mètres, jusqu'à ce qu'il trouvât un objet ou une personne à qui s'accrocher ; s'il ne trouvait rien, il tombait. Il était comme *poussé violemment* et la *procursion* n'était pas une simple marche. Les accès survenus, les vertiges ont disparu en grande partie, quelquefois cependant « la crise ne débordait pas » ; s'il s'accrochait à quelque chose il poussait un soupir et c'était fini quand on arrivait à temps pour lui frapper entre les deux épaules.

Les accès ont augmenté progressivement ; ils revenaient d'abord toutes les trois semaines, puis tous les quinze jours. Vers douze ans la mémoire a commencé à faiblir ; il tombait alors fréquemment de nuit et de jour jusqu'à cinq fois dans les mêmes vingt-quatre heures (tête à gauche, ronflement, bave) [1].

Avant les accès il devenait méchant, coléreux. — A son entrée à Bicêtre la parole se bornait aux mots : « Merde, sale vache. » Il crachait au visage des gens sans être en colère.

Rougeole vers trois ans, puis beaucoup de dartres. — *Fracture* de la jambe droite à huit ans (chute d'une charrette).

Etat actuel (21 mai 1883). — *Tête* carrée, symétrique, sans

[1] Il est très difficile d'obtenir des renseignements bien précis, le père et la mère étant d'une intelligence au-dessous de la moyenne. De plus la mère parle mal le français.

proéminence de l'occipital qui est surmonté par un méplat médian et régulier; les bosses pariétales et frontales sont peu développées, les apophyses mastoïdes sont assez développées, régulières, symétriques et de même volume de chaque côté. — *Cheveux* châtain foncé; cicatrices de 4 à 5 centimètres à gauche à l'union du pariétal et de l'occipital, une autre plus petite vers la partie médiane et s'étendant à gauche à la partie supérieure de l'occipital. — *Front* peu développé (avec nombreuses rides transversales), fortement déprimé latéralement; ces dépressions régulières, symétriques, partent environ d'un à un et demi centimètre du bord interne du sourcil; de ce fait les arcades sourcillères paraissent proéminentes. Cicatrice oblique de haut en bas partant de la partie médiane au niveau de la suture fronto-pariétale gauche.

Distance d'une oreille à l'autre en passant par le vertex.	32,5
Grande circonférence horizontale.	56
Diamètre antéro-postérieur	18
Grand diamètre transversal	15
Petit diamètre transversal	14

Oreilles (5 cent. et demi), un peu écartées du crâne, assez bien ourlées dans les deux tiers supérieurs. Le lobule est presque absent à droite, peu développé à gauche. — *Face* ovale, asymétrique, joues creuses; la partie gauche de la face paraît moins développée que la droite, la région malaire moins proéminente. Les cils et les sourcils moyennement abondants sont châtain clairs, les premiers assez longs. Les yeux sont gris, bien fendus, pas de strabisme, *pupilles égales*. — L'œil gauche paraît être légèrement sur un plan moins élevé que le droit; il est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans.

Le *nez* est large et aplati dès son origine. Son extrémité antérieure est un peu relevée. Les ailes sont peu élevées et peu prononcées; la narine droite paraît plus grande que la gauche. Moustaches d'un blond pâle. La bouche, petite, mesure 5 centimètres; la lèvre supérieure est normale, l'inférieure plus épaisse débordant légèrement, la supérieure est un peu plus épaisse à gauche qu'à droite. Menton rond, à légère fossette, recouvert de barbe blonde moyennement fournie. Léger duvet blanchâtre sur les joues.

Dentition de 28 dents dont il manque une canine supérieure droite cariée, une molaire supérieure gauche cariée (2 prémolaires), une molaire inférieure droite cariée (1re grosse molaire). La couronne de presque toutes les dents est usée; c'est ainsi que les canines ne présentent plus leur aspect caractéristique et ressemblent, vues antérieurement, aux incisives voisines. Voûte palatine très élevée; ogivale.

Cou : 36 centimètres. — Respiration normale. — Pouls 60. — Digestion bonne. — Duch... est grand gâteux, mais généralement sans diarrhée, il mange avec voracité, malproprement avec ses doigts. — *Circulation*, rien de particulier. — Musculature du tronc et de l'abdomen bien développée.

Organes génitaux bien développés ; prépuce assez long, recouvrant en partie le gland. Testicules bien conformés, le droit est un peu plus élevé que le gauche. Le malade paraît se masturber pendant l'examen ; il se frotte le gland par un mouvement circulaire du pouce et de l'index [1].

Les *extrémités supérieures* et *inférieures* sont bien développées ; les mains et les pieds sont cyanosés, froids. — Sur les bras, cicatrices de vaccin ; trois cicatrices sur le dos du pied gauche : une près de la rotule à gauche. — Périonyxis de l'orteil médian droit ; sur le 4° orteil gauche, légère ulcération croûteuse ; plusieurs cicatrices dont quatre surtout sont assez larges, à la face externe et au quart supérieur de la cuisse droite. Le tissu cicatriciel est ferme, assez dur ; une, la plus antérieure, est nummulaire, à centre un peu déprimé, lisse, blanche, à bords légèrement plissés entourés d'un cercle brunâtre ; elle est mince et non adhérente. Cicatrices de même nature, violacées au-dessous du grand trochanter gauche ; cicatrices multiples du dos à droite et à gauche et aussi sur les apophyses épineuses, qui sont proéminentes. — Cicatrices multiples des deux fesses ; quelques petites cicatrices sur les coudes ; et quelques autres cicatrices ailleurs, entre autres sur les doigts.

Les *sens* sont difficiles à examiner vu l'état de *démence complète* du malade ; l'ammoniaque le fait tousser, mais il ne se détourne que lentement. Il mange avec assez de facilité le sucre, le sel et la coloquinte ; puis il rouvre la bouche pour en redemander ; — la sensibilité à la douleur paraît bien conservée, quoique perçue avec assez de lenteur. *Parole nulle.*

[1] 1884. — *Organes génitaux.* — Poils rouges au pénil ; verge bien développée ; gland découvert ; méat étroit, rouge, sa base droite est excoriée ; bourses pendantes : testicules normaux. Erythème sur la verge et surtout les bourses. Onanisme.

MOIS	1876		1877		1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884		1885	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			4	»	36	»	47	»	24	»	24	»	15	»	16	»	23	»	20	»
Février			30	»	33	»	26	»	17	»	23	1	8	»	18	»	19	»	36	»
Mars			39	»	46	»	28	»	21	»	18	»	14	1	19	»	25	»	51	»
Avril			24	»	39	»	19	»	26	»	22	»	14	»	18	»	22	»	15	»
Mai			33	»	64	»	19	»	20	»	14	»	16	»	10	»	25	1	10	»
Juin			15	»	25	»	23	»	27	»	19	»	17	»	24	»	16	»	19	»
Juillet			21	»	33	»	35	»	17	»	23	»	14	»	13	»	20	»	28	»
Août			25	»	51	»	27	»	10	»	20	»	22	»	19	»	14	260	26	»
Septembre			38	»	32	»	20	»	20	»	11	»	9	»	12	»	20	445	38	»
Octobre			47	»	33	»	23	»	36	»	15	»	12	»	18	»	23	92		
Novembre			21	»	39	»	35	»	22	»	17	»	13	1	11	5	28	37		
Décembre	3	»	34	»	26	»	15	»	12	»	20	1	17	»	20	»	28	79		
Totaux	3	»	331	»	458	»	317	»	252	»	226	2	164	2	198	5	263	914	243	»

1879.	Novembre.	*Poids* :	50 kil.	200 gr.	Taille 1 m. 60.
1880.	Septembre.	—	41 k.	400 gr.	
1881.	Juillet.	—	44 k.	200 gr.	
1882.	Janvier.	—	49 k.	800 gr.	
—	Juin.	—	47 k.	700 gr.	
1883.	Janvier.	—	49 k.	800 gr.	
—	Juin.	—	50 k.	900 gr.	
1884.	Janvier.	—	51 k.	800 gr.	
—	Juillet.	—	49 k.	200 gr.	
1885.	Janvier.	—	49 k.	300 gr.	
—	Août.	—	41 k.	200 gr.	
Poids après décès.			36 k.	100 gr.	

1881. 17 *décembre.* — On ne peut tirer de Duch... une seule parole ; il a toujours un morceau de bois dans la bouche ou mange des boutons ; il suce et déchire ses habits. Avant les accès il serait souvent pris d'un rire. Il mange avec les mains, est grand gâteux; il ne peut s'habiller.

1882. — Le malade a été soumis à un traitement par la *pilocarpine* du 27 janvier au 31 octobre [1]. Durant cette période le chiffre des accès a été inférieur aux périodes correspondantes des années précédentes, mais il est à noter que depuis l'année 1878 les accès suivaient déjà une marche décroissante progressive.

6 *novembre.* — Duch... est soumis au traitement par le curare qui fut continué sans succès appréciable jusqu'au 4 mai 1883 [2].

1883. — Durant cette année la démence est devenue de plus en plus complète, le malade ne sourit même plus, ce qu'il faisait encore à la vue par exemple de sa nourriture ; il ne peut marcher que soutenu, il tète son pouce, ses habits.

1884. 1er *juillet.* — Pupilles égales, dilatées. Au moment où l'on prononce ces paroles, la dilatation des pupilles augmente, le corps se raidit, est pris d'un *tremblement* que l'infirmier sent à la main en même temps que nous voyons un *tremblement* de la face égale des deux côtés; le corps s'incline légèrement en arrière, les yeux se portent un peu en haut, les paupières s'abaissent, tout est fini. (*Vertige.*)

Démence complète : Duch... mange sa veste, est grand gâteux.

[1] Voir pour le traitement par la pilocarpine, Bricon, *Du traitement de l'épilepsie* (*Hydrothérapie, arsénicaux, sels de pilocarpine*, etc.), thèse de Paris, 1882, p. 252.

[2] Voir les doses, etc., et les résultats du traitement par le curare : *Archives de Neurologie*, 27 mai 1885, p. 335 (*De l'emploi du curare dans le traitement de l'épilepsie*, par Bourneville et Bricon), et *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu de l'année* 1884, p. 64.)

— On ne peut le faire parler, ni lui faire tirer la langue. Il mange seul, mais avec les mains.

20 *décembre*. — Pupilles égales, un peu dilatées; parfois grincement de dents, ou encore il ouvre et ferme alternativement la bouche.

1885. 17 *juillet*. — *Démence complète*. Gâtisme. — Il faut le faire manger, l'habiller, le déshabiller. — Il bave et suce. Pupilles égales. — Pas de tremblement de la langue. Aucune parole; il ne se rend nullement compte de ce qu'on lui fait; on essaye de lui remettre sa pantoufle, il regarde de tous côtés et ne cède pas. Pour le faire avancer il faut le tirer par les bras.

Attitude. — Corps incliné en avant, les bras un peu écartés du tronc, les avant-bras à angle droit transversalement.

5 *septembre*. — Soir: T. R. 37°,8.

6. — Dans la journée, 7 accès; vers midi, il a poussé des cris pendant une heure, et a refusé de manger. — Dans la nuit du 5 au 6 septembre, 5 accès et cris renouvelés. — T. R. 38°,4. — *Soir* : 40°.

7. — Le matin, 3 accès coup sur coup (durée : demi-heure), il n'a pas repris connaissance à la suite. Aucune évacuation, malgré un lavement purgatif. — A onze heures, deux nouveaux accès. Duch... est resté toute la journée dans un état de prostration complète. — T. R. 38°,8. — *Soir* : 39°,8.

8. — Pas d'accès nouveaux, pouls fort, plein, 120. — Sueurs abondantes, évacuation involontaire d'urine; il n'est pas allé à la selle depuis le 5; il n'a rien pris, il faut lui ouvrir la bouche pour lui faire avaler quelques gouttes de lait. — Dents à demi serrées, bouche sèche. Il ne vomit pas. Le ventre est excavé, rétracté, indolent à la pression. — Respiration à 42, entrecoupée de gémissements, pas de toux. A la percussion, résistance augmentée au doigt; respiration un peu obscure, pas de souffle, ni de râles; gémissements transmis à l'oreille, résolution des membres. Lait, purgatif, *vésicatoire* à la base du poumon droit, injections d'éther. T. R. 37°,3. — *Soir* : 39°,2.

9. — Mieux très notable. — P. 72. — R. encore un peu précipitée. — Evacuations abondantes. — Etat de somnolence d'où il sort facilement. — T. R. 38°,8. — *Soir* : 39°.

10. — T. R. 38°,4. — *Soir*: 39°,6.

11. — T. R. 39°. — *Soir*: 39°,6. — Purgatifs.

12. — Le mieux, qui avait continué jusqu'à hier matin — le malade avait pris du lait et du bouillon et n'avait pas eu d'accès — n'a pas persisté. L'abattement a beaucoup augmenté dans l'après-midi; plaintes entrecoupées. Face pâle; nez, lèvres et extrémités froides et cyanosées. — Yeux excavés, respiration plus fréquente, la bouche ouverte. — Pas de paralysie des membres, mais résolution

complète. Le pouls est faible et les bruits du cœur sont sourds. — Constipation. — Ventre excavé. — Vessie en demi-replétion. — Peau chaude et sèche. Raies méningitiques étroites, mais persistantes. (Lavement, potion de Todd, vésicatoire.)

Du côté de l'appareil respiratoire mêmes signes que précédemment et, de plus, râles, assez fins à la base du poumon gauche et en avant à droite. T. R. 39°,2. — *Soir* : 39°,8.

13. — T. R. 40°,6. — *Soir* : 41°.

14. — T. R. 39°,6. — *Soir* : 41°.

15. — Même état avec des alternatives de mieux relatif et d'aggravation. T. 41°,4, ce matin. Respiration fréquente, courte ; gémissements continuels ; abattement plus prononcé. — Bouche sèche, pâteuse. Duch... prend bien le lait et la potion de Todd, moins bien le bouillon. Constipation opiniâtre. 40 ventouses sèches. — Lavement purgatif. — Potion de Todd et lait. *Soir* : T. R. 42°. Le malade meurt le 16 septembre à une heure du matin. Température après la mort : 43°,2.

Autopsie (17 septembre 1885). — *Rigidité cadavérique* en partie disparue ; coloration verdâtre de l'abdomen et de la partie inférieure du thorax. Amaigrissement assez prononcé, musculature sèche ; tissu cellulo-adipeux peu abondant. — A l'ouverture de l'abdomen on constate : 1° que le foie est repoussé à droite, que son lobe gauche atteint tout juste la ligne médiane, que son bord antérieur ne descend pas jusqu'au rebord costal ; 2° que le diaphragme remonte à droite jusqu'au bord supérieur de la quatrième côte ; qu'il est refoulé en bas vers la cavité abdominale et forme une voussure fluctuante qui se trouve au niveau du rebord costal. L'intestin grêle est congestionné, recouvert par les colons, surtout le colon transverse, qui sont dilatés par des gaz. Le grand épiploon, non adhérent, descend normalement. — Pas de liquide anormal dans la cavité abdominale. Sur le mésentère on trouve trois *ganglions* iléo-cœcaux complètement *calcifiés*. — L'estomac n'est pas dilaté, la vessie rétractée est vide. — L'ouverture sous l'eau d'un espace intercostal laisse dégager de nombreuses bulles de gaz.

Thorax. — A l'ouverture du thorax, on constate à gauche que le poumon, refoulé latéralement et en arrière, laisse entre lui et les parois une grande cavité recouverte de *pseudo-membranes purulentes* et contenant deux verres environ de pus. — Le *ventricule gauche* est refoulé à droite. — Le *péricarde* est recouvert sur sa moitié gauche de pseudo-membranes. — Le poumon gauche est adhérent, *latéralement* en arrière et en bas. — Le poumon droit est adhérent en haut et en arrière dans presque toute son étendue. — *Cœur* en systole (245 gr.). Il existe un peu de liquide rougeâtre dans la cavité péricardique. La pointe du cœur est

formée par le ventricule gauche surtout. Le ventricule gauche est un peu dilaté. Quelques plaques d'athérome dans l'espace sous-aortique; léger épaississement de l'endocarde sous l'orifice aortique; myocarde pâle, trou de *Botal* obturé. — *Poumon gauche* (550 gr.). Les adhérences se détachent facilement sans résistance; au sommet il existe une *cicatrice* ancienne et quelques *tubercules crétacés*. Il n'existe pas d'autres tubercules et on ne découvre pas de perforation. — Le *poumon droit* (555 gr.) présente également au sommet une grande *cicatrice*, des *tubercules crétacés* et montre quelques petites cavernules.

Abdomen. — Le *foie* (420 gr.) est hypérémié. — La *vésicule biliaire*, l'*estomac*, le *pancréas*, les *uretères*, les *capsules surrénales*, les *intestins* et les *testicules* sont sains. Le canal cholédoque est perméable. — *Rate* (85 gr.) un peu molle, capsule plissée. — *Rein gauche* (85 gr.), lobulé, hypérémié (étoiles de Vehreyen), se décortique bien; la substance corticale est un peu jaunâtre par places. — Le *rein droit* (55 gr.) a le même aspect que le gauche.

Tête. — *Voûte et base du crâne* symétriques. — A l'ouverture du crâne il s'écoule une grande quantité de *liquide céphalo-rachidien*. — Les *artères de la base* sont symétriques; toutefois, la cérébrale postérieure paraît un peu plus volumineuse à droite. — Les *tubercules mamillaires* sont symétriques. — La *pie-mère* cérébrale est très notablement hypérémiée; elle a une coloration rouge diffuse sur la face externe et offre un léger épaississement sur les bords de la scissure interhémisphérique. A part quelques légères adhérences entre les deux lobes frontaux (face interne), la décortication est facile. — Le *pédoncule cérébral gauche* paraît plus petit que le droit; il en est de même de la partie correspondante de la *protubérance*. Il n'existe aucune différence de volume entre les deux moitiés du bulbe. — La *pyramide droite* est moins large et moins proéminente que la gauche. — L'olive droite est également moins proéminente et éraflée.

Le *lobe cérébelleux droit* arrive au niveau de la partie postérieure du lobe occipital, mais le *lobe cérébelleux gauche* est en retrait de près de 3 centimètres; il est manifestement *atrophié*. Ses lamelles sont plus blanches; leur consistance n'est pas notablement plus grande qu'à droite; toutefois, en passant le doigt à leur surface, on a nettement la sensation de *crêtes successives;* en avant sur le bord circonférentiel, cette consistance est bien plus grande; les lamelles y sont rigides et d'une face à l'autre, en pressant, on a la notion d'une *induration résistante* mais diffuse et non circonscrite. Les pédoncules cérébelleux ont leur consistance normale. On ne constate pas de lésions macroscopiques des hémisphères cérébraux. Les *ventricules latéraux* et les *cornes d'Ammon* n'offrent rien de particulier.

Encéphale, 1,300 gr. — L'*hémisphère cérébral droit* pèse 25 gr. de plus que le gauche. — *Cervelet, protubérance et bulbe*, 140 gr. *Hémisphère cérébelleux droit*, 65 gr.; *hémisphère cérébelleux gauche*, 35 gr.

Cerveau. Hémisphère droit. — La *scissure de Sylvius* s'arrête à quelques millimètres en arrière de la pariétale ascendante; elle envoie deux rameaux ascendants antérieurs, l'un entre le pied de la troisième circonvolution frontale et la circonvolution frontale ascendante, l'autre entre le pied et la partie triangulaire de la troisième circonvolution frontale ascendante. — Le *sillon de Rolando*, sinueux, profond, se termine au fond de la scissure de Sylvius; il fournit vers son quart inférieur un pli antéro-inférieur qui va se perdre dans le pied de la circonvolution frontale ascendante. — La *scissure perpendiculaire externe*, dont les deux lèvres sont très écartées au niveau de la grande scissure interhémisphérique et sur un parcours de deux centimètres sur la face convexe, va rejoindre la partie postérieure de la scissure interpariétale et par son intermédiaire le sillon occipital transverse. — La *scissure interpariétale* forme en arrière de la circonvolution pariétale ascendante une scissure parallèle complète qui, à son quart supérieur, envoie un rameau postérieur oblique de bas en haut divisant entièrement le lobule pariétal supérieur; avant d'arriver à la scissure perpendiculaire externe, la scissure interpariétale est interrompue par un pli de passage à niveau allant de l'extrémité postérieure du lobule pariétal supérieur à la circonvolution de passage qui réunit le pli courbe aux deuxième et troisième circonvolutions occipitales. — Le *lobule orbitaire* est bien conformé.

Face convexe. Lobe frontal. — Il existe une scissure *parallèle frontale* complète, empiétant en haut sur la face interne et se perdant en bas au fond de la scissure de Sylvius. — La *première frontale*, dédoublée dans son tiers postérieur, présente également des indices de dédoublement sur les autres parties; elle est bien développée et comme renflée vers son extrémité antérieure. — La *première scissure frontale* est sinueuse et profonde. — La *deuxième circonvolution frontale* est volumineuse surtout à sa partie postérieure; elle s'insère à la frontale ascendante par un petit pli de passage très en retrait qui n'interrompt la continuité de la scissure parallèle frontale que dans sa profondeur; elle envoie en avant deux plis de passage à niveau à la troisième circonvolution frontale; l'un se continue directement avec la partie médiane de la portion triangulaire. — La *deuxième scissure frontale* est interrompue en avant par ces deux plis de passage. — La *troisième circonvolution frontale* est bien développée. — La *frontale ascendante* est assez grosse; trois sillons transversaux antéro-postérieurs la divisent presque entièrement, l'un même, médian, atteint son

bord postérieur ; il semble en ce cas que la deuxième circonvolution frontale ait eu tendance à se continuer à travers les circonvolutions ascendantes, fait que l'on observe quelquefois. — La *pariétale ascendante* est volumineuse et normalement conformée.

Les *plis pariétaux*, sont assez bien développés, très découpés; il en est de même du *pli courbe*. — Le *lobe occipital* est bien développé, mais les scissures et les circonvolutions sont irrégulières.

Lobe temporal. — La *première temporale* sinueuse, un peu maigre, possède des *circonvolutions temporales transverses* peu développées. La *scissure parallèle*, sinueuse, profonde, communique à la base du lobe pariétal par deux sillons transverses avec la *deuxième scissure temporale* qui semble se terminer dans le pli courbe par un rameau parallèle à la terminaison de la première scissure temporale. La *seconde temporale* assez bien développée est sinueuse ainsi que la *troisième temporale* qui est bien conformée.

Face interne. Lobe temporo-occipital. — Les *première* et *deuxième circonvolutions temporo-occipitales* sont normales. — La *circonvolution frontale interne* est bien développée ainsi que le *lobule paracentral*. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, profonde. Le *lobule quadrilatère* très développé est très découpé et présente un pli pariéto-limbique antérieur et un pli pariéto-limbique postérieur. La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde, va se terminer un peu au-dessous du bourrelet du corps calleux. Le *coin*, la *fissure calcarine*, le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique*, paraissent normaux.

Hémisphère gauche. — La *scissure de Sylvius* se divise à la partie postérieure de la circonvolution pariétale ascendante en deux rameaux, l'un ascendant, et l'autre descendant, ayant chacun un trajet de deux centimètres environ, durant lequel ils séparent la pariétale ascendante et la première circonvolution temporale du pli pariétal inférieur. Le rameau ascendant antérieur traverse entièrement la troisième frontale et contribue à former une sorte de scissure précentrale en se continuant avec un sillon supérieur qui divise presque entièrement la deuxième circonvolution frontale. — Le *sillon de Rolando* est très profond, assez sinueux. — La *scissure perpendiculaire* externe, très profonde, est interrompue au niveau de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau reliant le pli pariétal supérieur au lobe occipital. — La *scissure interpariétale* ne possède qu'un petit rameau descendant en arrière de la pariétale ascendante, mais elle a un rameau ascendant très profond formant encoche sur la scissure interhémisphérique. A quelques millimètres au delà de son coude, elle fournit un rameau descendant à travers le lobule pariétal inférieur qu'il divise entièrement en atteignant la partie moyenne du rameau descendant de la scissure de Sylvius ; — elle

fournit également au même niveau un rameau ascendant oblique d'avant en arrière à travers le lobule pariétal supérieur; elle continue son chemin jusqu'au sillon occipital transverse.

Le *lobule orbitaire* est normal, très développé.

Face convexe. — Lobe frontal. — En avant de la frontale ascendante et parallèlement à elle sur sa moitié supérieure, on trouve une *scissure* profonde empiétant en haut sur la face interne et communiquant avec la première scissure frontale ; elle se termine en bas en séparant presque entièrement la deuxième circonvolution de la frontale ascendante en s'entre-croisant avec la scissure précentrale inférieure dont il a déjà été parlé et qui se trouve plus en avant. La *première frontale*, assez bien développée, reçoit vers son quart antérieur un gros pli de passage au niveau de la *deuxième frontale* qui est très large, sinueuse, très sillonnée et s'insère par un pli de passage à niveau, à la frontale ascendante ; à son extrémité la plus antérieure, elle reçoit un pli de passage à niveau de la *troisième frontale* qui est bien développée, mais irrégulière, son pied se confond avec celui de la frontale ascendante. Les deux *scissures frontales supérieure* et *inférieure* sont sinueuses, profondes. La *frontale ascendante* est assez maigre surtout vers sa partie moyenne; la *pariétale ascendante* est grosse, sinueuse, reliée à son tiers inférieur au pli pariétal inférieur par un pli de passage à niveau.

Lobe pariétal. — Les *lobules pariétaux supérieur et inférieur*, le *pli courbe* sont volumineux, mais irréguliers par suite de nombreux sillons qui les découpent.

Le *lobe occipital*, dont lés circonvolutions paraissent un peu grêles, est également très sillonné ; il est, pour ainsi dire, isolé des parties environnantes par une scissure irrégulière, sinueuse, qui prolonge le sillon transverse occipital jusque vers l'incisure préoccipitale.

Lobe temporal. — La *première temporale* plissée envoie un pli de passage à niveau à la partie la plus postérieure du lobule pariétal inférieur et un autre pli de passage à niveau à la *deuxième temporale* qui interrompt vers son quart antérieur la continuité de la *scissure parallèle*, sinueuse, profonde, assez normale. Les *temporo-pariétales transverses* sont peu marquées. La *deuxième* et la *troisième temporales* sont assez bien développées, irrégulières, très découpées. La *deuxième scissure temporale* est interrompue postérieurement par un pli de passage à niveau allant de la deuxième à la troisième temporale. Un sillon profond réunit la scissure parallèle à la première scissure temporo-occipitale.

Face interne. — *Lobe temporo-occipital.* — Les *première* et *deuxième circonvolutions temporo-occipitales* sont bien développées, mais un peu *chagrinées*. Les *scissures* sont profondes et sinueuses.

La *circonvolution frontale interne* est bien développée, reçoit à son quart postérieur un petit pli de passage presque à niveau de la *circonvolution du corps calleux* qui, elle, est peu développée, *chagrinée*, comme *atrophiée;* la partie la plus antérieure de la circonvolution frontale interne et dans sa partie moyenne, sa moitié inférieure présentent également le même aspect, mais à un degré moins prononcé. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, très profonde, envoie de nombreux sillons transversaux à la circonvolution frontale interne. Le *lobule quadrilatère* est moins bien développé, un peu grêle, comme un peu atrophié; il possède un pli pariéto-limbique antérieur long, s'insérant obliquement à la circonvolution du corps calleux vers le sommet du triangle paracentral. Il existe également un pli pariéto-limbique postérieur. La *scissure perpendiculaire interne* est très profonde. Le *corps calleux* est peut-être un peu moins développé que normalement. Le *coin*, la *fissure calcarine*, la *couche optique*, le *corps strié* ne présentent rien de particulier.

La *pyramide antérieure* et l'*olive droite* sont *atrophiées*.

La *moelle* ne présente à l'œil nu aucune altération.

Duch... a d'abord été un *épileptique procursif* dont les accès se sont progressivement transformés en accès vulgaires. Il a succombé à un *pyo-pneumo-thorax* et à une *péricardie purulente*, qui se sont développés à la suite d'un état de mal[1].

L'*hémisphère cérébral droit* ne présente que quelques *anomalies* de peu d'importance, soit au point de vue de ses circonvolutions, soit au point de vue de ses scissures. On peut le considérer comme normal. L'*hémisphère cérébral gauche*, qui pèse 25 grammes de moins que le droit, est dans son ensemble un peu plus irrégulier; mais en outre nous y notons la *gracilité* de la *partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante*, du *lobe occipital*, l'*état chagriné* des *pre-*

[1] Nous ferons remarquer que Duch... a eu pendant les deux premières années de sa maladie des vertiges sans phénomènes procursifs; la procursion n'a débuté qu'avec les accès, et par suite, dans le cas particulier, on peut considérer les accidents procursifs comme constituant des accès incomplets.

mière et *deuxième circonvolutions occipito-temporales*, des parties antérieure, moyenne et inférieure de la *circonvolution frontale interne*, de la *circonvolution du corps calleux*, la *gracilité* du *lobule quadrilatère* et du *corps calleux*.

La lésion la plus importante et paraissant la plus ancienne est celle que l'on constate sur le cervelet. — L'hémisphère *cérébelleux gauche* est *atrophié*, *sclérosé* et pèse 30 grammes de moins que le droit, soit près de moitié (*hémisphère cérébelleux droit*, 65 grammes, *gauche* 35 grammes). — C'est là incontestablement la lésion initiale, la plus prononcée de toutes celles observées sur l'encéphale de Duch...[1].

Nous rapprocherons de l'observation précédente une autre observation suivie également d'autopsie; le malade n'avait présenté que très tardivement des accidents procursifs; aussi le cervelet ne semble-t-il que très légèrement atteint; les lésions principales trouvées à la nécropsie étaient l'*atrophie cérébrale* et la *méningo-encéphalite*.

Observation XLIV. — *Atrophie cérébrale. — Hémiplégie gauche. Débilité mentale et épilepsie.*

Père et grand-père paternel alcooliques. — Grand-père maternel paralytique et alcoolique. — Frère mort de convulsions. — Accouchement laborieux; circulaires du cordon. — A deux ans convulsions limitées au côté gauche avec hémiplégie gauche. — Accès d'épilepsie procursive à douze ans. — Affaiblissement intellectuel, augmentation de la paralysie, céphalalgie avec vomissements. — Gâtisme. — Augmentation du nombre des accès. — Mort dans un accès.

Autopsie : *Congestion et œdème pulmonaires. — Persistance du trou de Botal. — Rate supplémentaire. — Thymus persistant. —*

[1] Notons en passant la *tuberculose crétacée* et les cicatrices pulmonaires.

Adhérences de la dure-mère. — Atrophie du cerveau et surtout de l'hémisphère droit. — Epaississement et œdème de la pie-mère. — Anomalies artérielles. — Hydrocéphalie légère. — Atrophie du pédoncule cérébral droit, de la moitié droite de la protubérance, de la pyramide et de l'olive droites. — Dégénération secondaire de la moelle.

Maisonh... (Désiré-Auguste), né le 1er juillet 1868, est entré à Bicêtre le 15 mars 1882 (service de M. Bourneville) et y est décédé le 1er avril 1885.

Renseignements fournis par sa mère (28 mars 1882). — *Père*, quarante-sept ans, travaillait aux champs autrefois; depuis cinq ans il est ouvrier dans une fabrique de produits chimiques; il fume un peu depuis la guerre; il est colère et fait des *excès de boisson* : il rentre deux ou trois fois par mois *ivre* (vin, un peu d'eau-de-vie); pas de migraines, pas de dartres. etc. [*Père*, maçon, bien portant, nombreux *excès de boisson*. *Mère*, bien portante, ainsi qu'un frère, une *sœur* (deux enfants), une autre (sept enfants). Pas d'aliénés, d'épileptiques, etc., dans la famille.]

Mère, quarante et un ans, journalière aux champs, peu intelligente, taille ordinaire; pas de migraines, pas d'antécédents nerveux, etc. [*Père*, homme de peine au chemin de fer, mort au bout d'un an; nombreux *excès de boisson*. — *Mère*, pas de détails; elle est *morte de la poitrine*, dit-on, peu de temps après la naissance de la personne qui nous renseigne. — *Grands-parents paternels* et *grand'mère maternelle*, pas de renseignements. — *Grand-père maternel*, mort à quatre-vingt-huit ans, on ne sait de quoi. — Un *frère* mort à trente-trois ans; on croit qu'un des amants de sa femme l'a « jeté à l'eau »; il se portait bien; ses quatre enfants sont vivants et en bonne santé. — Une *sœur* (deux enfants), rien de particulier. Pas d'aliénés, etc.] — *Pas de consanguinité.*

Huit *enfants*: 1° garçon, mort à trois semaines de *convulsions*; — 2° garçon, mort à quatre mois, en nourrice, on ne sait de quoi; — 3° fille, mort-née; — 4° notre malade; — 5° fille, morte à cinq mois, de la variole; — 6° et 7° deux filles, huit ans et neuf ans, bien portantes, pas de convulsions, intelligentes; — 8° garçon, seize mois, bien portant, rien de particulier; tous ces enfants sont bien conformés. — Deux *fausses couches* à cinq et à trois mois.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*; pas de rapports sexuels durant l'ivresse alcoolique du père. — *Grossesse* : au sixième mois, *émotion vive* de la mère causée par la vue d'*attaques d'hystérie* d'une de ses patronnes. — *Accouchement* à terme, naturel. — *A la naissance* la tête serait restée trois quarts d'heure

au passage et, de plus, l'enfant avait des circulaires du cordon autour du cou (ce qui était déjà arrivé pour la plupart de ses frères et sœurs); malgré cela, il n'y aurait pas eu de *cyanose*. — Elevé au sein par sa mère jusqu'à seize mois. A six mois il aurait été soigné pour des *accidents cérébraux* qui ont duré deux mois, sans convulsions, ni paralysie. — Première dent à huit mois. Il a parlé à un an, n'a *marché* qu'à trois ans et n'a été complètement *propre* qu'à cinq ans.

A deux ans, il ne différait pas beaucoup des autres enfants. A cette époque, *convulsions* sans prodromes qui n'ont duré qu'un quart d'heure et n'ont porté que sur le *côté gauche*. Le jour même, on a constaté que le bras gauche était paralysé et que l'enfant remuait moins bien la jambe correspondante. Dans les premiers temps, il ne pouvait porter la main à la bouche; ce mouvement n'est devenu possible qu'au bout de cinq ou six mois. Les jambes sont toujours restées faibles, surtout la gauche qu'il traine encore; les genoux se cognaient l'un contre l'autre dès qu'il a commencé à marcher. En même temps, l'intelligence a diminué d'une façon notable. Il a commencé alors à se plaindre de *douleurs frontales* s'accompagnant de vomissements et revenant deux fois par mois; ces sortes de *migraines* seraient encore plus intenses depuis la fin de 1880. — A la même époque, il aurait eu encore la *vue très affaiblie* au point de ne pouvoir distinguer une épingle.



Fig. 3.

Vers la fin de 1880, c'est-à-dire vers l'âge de douze ans, Maisonh... a eu des crises singulières : étant assis, il se levait tout à coup, *courait comme un fou dans la chambre*, se cognant aux personnes qui se

trouvaient devant lui, puis il revenait s'asseoir; il pâlissait et les mouvements du cœur étaient tumultueux. Rien ne l'avertissait de l'approche de ces crises; il ne tombait pas, mais parfois urinait dans sa culotte. Ces crises qui se montraient au début deux ou trois fois par semaine sont devenues de plus en plus fréquentes, mais elles ont toujours été exclusivement diurnes: le maximum par jour était de cinq ou six. Le *sommeil* était bon. Jamais de grands accès. Depuis l'apparition de ces crises, l'intelligence a encore diminué et la paralysie a augmenté; l'enfant a aussi commencé à *bégayer*. — A deux ans et demi, *rougeole*, quelques croûtes dans les cheveux, quelques manifestations scrofuleuses, quelques ascarides. — *Onanisme* invétéré surtout la nuit. — Bronchite à six ans.

1882. 17 *mars*. — A son entrée, on constate que Maisonh... marche avec difficulté et s'affaisse souvent sur lui-même. — Le côté gauche est plus faible que le droit. Il parle, mais en tremblant beaucoup; il sait épeler, sait encore écrire, mais illisiblement; il connaît les chiffres. — L'enfant mange assez proprement; il ne gâte pas, se nettoie seul, cire lui-même ses souliers; il ne sait pas très bien se vêtir. (*Fig*. 3).

30 *mars*. — Conjonctivite. — *Affaiblissement des membres inférieurs* si prononcé que la station debout est impossible.

24 *mai*. — Maisonh... sort de l'infirmerie et retourne à la petite école. On constate que ses facultés intellectuelles ont encore baissé, qu'il ne peut plus du tout écrire et qu'il ne répond que très difficilement à ce qu'on lui demande.

12 *juillet*. — Maisonh... peut se tenir sur ses jambes, mais la *marche est titubante* et il tomberait si on ne l'aidait. L'affaiblissement porte du reste sur les deux côtés. Il ne peut pas remonter seul sur son lit. Les deux jambes sont roides, *surtout la gauche*. — *Gâtisme* complet. Durant l'examen il produit presque sans cesse un bruit sec avec les lèvres.

6 *octobre*. — Eruption papuleuse sur les deux fesses. — Petite ulcération recouverte de croûtes au niveau de la commissure droite.

1883. 7 *juillet*. — *Dentition* : mâchoire supérieure : douze dents saines, mais mal rangées et atrophiées; les incisives sont coniques ou tendent à le devenir. — Mâchoire inférieure : douze dents, les quatre incisives sont atrophiées et présentent le type conique. Articulation défectueuse; les six dents antérieures de la mâchoire inférieure viennent se placer en avant des supérieures. Voûte palatine et gencives normales.

28 *décembre*. — *Amélioration très notable* qui permet de le renvoyer à la petite école. La parole est très limitée, il ne dit que

quelques mots; il n'aurait, du reste, jamais prononcé de phrases complètes depuis son entrée à l'hospice. Pas d'onanisme. Durant tout le temps de la *miction*, il pousse des cris.

1884. 18 *juillet*. Augmentation considérable du nombre des accès. La *marche est redevenue impossible* et n'est possible qu'à la condition qu'on le soutienne des deux côtés. Il s'avance alors en soulevant lourdement les pieds et en frappant le sol; le tronc est incliné à gauche et les deux genoux cognent l'un contre l'autre, les pieds étant notablement écartés, au contraire. Légère inégalité pupillaire et blépharite ciliaire. — Pas de tremblement de la langue ni des lèvres. — *Parole* réduite au mot « merde » qu'il prononce et répète avant ses accès. Il sourit quand on le fait marcher, allonge la langue quand on le lui demande et reconnaît encore ses parents.



Fig. 4.

13 *décembre*. — Marche de plus en plus difficile.

1885. *Juillet*. — *Etat actuel*. — *Tête* bien développée, bosses frontales saillantes, bosses pariétales peu marquées; protubérance occipitale en relief. — *Front* large, bombé, saillant. *Yeux* normaux, iris bleu; *nez* petit, *bouche*, 4 centimètres, lèvres moyennement épaisses; *oreilles* bien développées, détachées; lobule semi-adhérent.

Diamètre antéro-postérieur. . . . . 16 centimètres.
— bi-pariétal. 13,05
— bi-orbitaire . . . . 10 »
Circonférence horizontale . . . . 49 »

Visage glabre; — cheveux assez abondants, châtain clair, cils peu fournis et blonds; sur le milieu du front deux petites cicatrices verticales d'un centimètre et d'un demi-centimètre; sur la fesse droite, ulcération de cinq centimètres environ (eschare par suite du décubitus dorsal prolongé; autre ulcération sur le côté gauche de la région lombaire.

Cou court et grêle. — *Thorax* régulier; circonférence au niveau des mamelons : 56 centimètres. — *Membres supérieurs* grêles, pas de malformations. — *Membres inférieurs*, réguliers. La *marche* est tout à fait impossible. L'enfant ne peut plus se tenir debout. (*Fig. 4.*)

Organes génitaux. — Testicules de la dimension d'une petite noisette, égaux; verge peu développée; prépuce allongé, gland découvrable; méat normal; pénil glabre.

1er août. — Pas d'accès depuis le 29: — le 30 et le 31, il avait mangé comme d'habitude et restait gai. L'infirmière de jour, en prenant son service à cinq heures du matin, a remarqué que Maisonh... était pâle; puis il a vomi des matières alimentaires, fait quelques mouvements des bras et est mort.

MOIS	1882		1883		1884		1885	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	3	»	59	»	45	»
Février	»	»	»	»	15	7	27	»
Mars.	16	»	»	»	23	52	33	»
Avril.	23	1	»	»	31	65	1	»
Mai	23	1	»	»	15	57		
Juin	53	»	1	»	32	45		
Juillet.	36	»	3	»	34	45		
Août.	19	»	2	»	33	5		
Septembre	1	»	5	»	34	»		
Octobre.	11	»	5	»	36	15		
Novembre.	»	»	45	»	73	»		
Décembre.	1	»	57	»	52	»		

1882. — Mars.	Poids :	21k,900.	— Taille :	1m,26
— Juin.	—	22,700.	—	1,27
1883. — Juin.	—	22,800.	—	1,28
1884. — Janvier.	—	24,200.	—	1,31
— Août.	—	23,600.	—	1,34
1885. — Après décès.	—	21,400.		

AUTOPSIE (2 avril). — A l'ouverture de la *cavité abdominale*, rien de particulier. Le foie ne dépasse pas le rebord costal; le diaphragme et les viscères occupent leur situation normale. Pas de liquide dans les *cavités pleurales* et *péricardique*. Adhérences en arrière et à la partie moyenne du poumon droit. *Cœur* (120 gr.) en systole; ventricule gauche très retracté; un peu de sang dans les cavités droites; valvules, endocarde et myocarde, rien de particulier. *Trou de Botal*, perméable. Dans l'espace sous-aortique et un peu au-dessous des valvules sygmoïdes, léger dépôt jaunâtre dur au toucher, disposé en points et en lignes. — *Poumons* (droit, 250 gr.; gauche, 170 gr.) congestionnés et œdématiés, surtout à la base droite, pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Corps thyroïde en dégénérescence colloïde. *Thymus* persistant et descendant au-dessous du cul-de-sac supérieur du péricarde.

Rate (65 gr.) normale; un peu au-dessous de l'extrémité inférieure, on trouve une *petite rate supplémentaire*, presque sphérique et pédiculée. — *Duodénum, intestin grêle* et *gros intestin, uretères*, rien de particulier. — *Reins* (10 gr. chacun), *foie* et *vésicule* biliaire normaux; *vessie* modérément hypérémiée; *testicules* infantiles.

Tête. — *Cuir chevelu* normal. — *Calotte crânienne* transparente seulement au niveau de la suture des pariétaux; diploé assez développé; épaisissement du frontal assez notable au niveau de la bosse frontale droite : la voûte orbitaire semble faire aussi du côté de la cavité crânienne une plus forte saillie du même côte. *Dure mère* adhérente aux os seulement au niveau du bord supérieur des hémisphères par des brides résistantes plus nombreuses à la partie moyenne de ce bord; quelques brides relient aussi le cerveau au bord supérieur du rocher.

L'*encéphale* pèse 870 gr.; — l'*hémisphère droit* (335 gr.) est notablement plus petit que le gauche (385 gr.). Cette différence porte principalement sur la longueur. Le cerveau dans son ensemble ne recouvre pas le cervelet. Le lobe occipital de l'hémisphère gauche est au contraire moins large que celui de l'hémisphère droit en sorte qu'en regardant par en haut l'encéphale reposant sur sa face inférieure, on constate en arrière une vaste échancrure triangulaire laissant le cervelet à découvert.

Sur la *convexité du cerveau*, en avant et sur les côtés, la pie-mère est œdématiée et prend un aspect blanc laiteux le long des

sillons. Par suite de la déviation du tronc basilaire vers la gauche, l'*artère cérébrale postérieure droite* est plus longue que la gauche. La communiquante postérieure est filiforme ainsi que la cérébrale antérieure du même côté. — Le *pédoncule cérébral droit* paraît plus étroit que le gauche. La *pyramide droite* est réduite à un tractus d'une largeur de 2 à 3 millimètres. — L'*olive droite* est plus longue et plus large d'un tiers que la gauche. Les *nerfs crâniens* paraissent normaux.

Cervelet, bulbe et *protubérance*, 150 gr. Les *ventricules latéraux* contiennent une certaine quantité de liquide et sont *dilatés*. La *moitié gauche* de la *moelle* paraît atrophiée et le *cordon latéral* de ce côté est un peu grisâtre sur toute sa longueur.

Hémisphère gauche. — La *scissure de Sylvius* laisse voir entre ses deux lèvres le lobule de l'insula; ses rameaux antérieurs sont irréguliers. Le *sillon de Rolando* est assez profond et très sinueux. La *scissure perpendiculaire externe* est séparée de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau allant du lobule pariétal supérieur au lobe occipital. La *scissure interpariétale*, qui forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle presque complète, se prolonge jusque dans le lit du premier sillon occipital et envoie deux rameaux descendants, l'un en avant, l'autre en arrière du pli courbe; un peu au-dessous de la partie moyenne de la circonvolution pariétale ascendante elle fournit un rameau transversal qui va se jeter dans le sillon de Rolando.

Le *lobe orbitaire* est formé de circonvolutions grêles, atteintes pour la plupart de *méningo-encéphalite* surtout prononcée vers l'incisure en H. *Face convexe*. — *Lobe frontal*. — En avant de la frontale ascendante, il existe une *scissure parallèle frontale* presque complète, interrompue seulement au niveau de la scissure interhémisphérique par un pli d'insertion de la première frontale et vers son tiers supérieur par un pli d'insertion de la deuxième frontale à sa moitié inférieure; elle est parallèle à une autre scissure transversale située à un centimètre en avant, qui communique d'une part avec la deuxième scissure frontale, d'autre part avec elle-même et divise en bas le pied de la troisième circonvolution frontale.

La *première frontale*, peu développée, envoie trois plis de passage à niveau à la seconde; sa moitié postérieure est atteinte de *méningo-encéphalite*. — La *première scissure frontale*, sinueuse, assez profonde, est interrompue par les plis de passage ci-dessus indiqués et communique avec la scissure parallèle frontale. La *deuxième frontale*, qui est le siège de *méningo-encéphalite* en quelques points de ses parties moyenne et postérieure, est très plissée, très découpée et irrégulière; elle projette deux plis de passage à niveau à la partie triangulaire de la troisième frontale. — La

deuxième scissure frontale, très irrégulière, scindée en plusieurs tronçons, présente une partie moyenne isolée allant rejoindre par un rameau descendant la scissure de Sylvius à la pointe du cap de *la troisième frontale;* celle-ci, moyennement développée, présente également, surtout sur son pied, des traces de *méningo-encéphalite,* mais moins prononcée que sur les première et deuxième frontales. — La *frontale ascendante* est grêle ; on trouve sur presque toute sa surface des traces de *méningo-encéphalite.* La *pariétale ascendante* est moins grêle, atteinte aussi de méningo-encéphalite, surtout à son tiers supérieur, mais à un degré moins prononcé. *Lobe pariétal.* Le *lobule pariétal supérieur* peu volumineux est envahi par la *méningo-encéphalite* dans ses deux tiers antérieurs; le *lobule pariétal inférieur* très maigre, présente ainsi que le *pli courbe,* plus développé des traces de méningo-encéphalite disséminée; un pli de passage à niveau relie le pli courbe à la première circonvolution occipitale. Le *lobe occipital* est plutôt petit; la méningo-encéphalite y est peu accentuée.

Lobe temporal. — Les *première et deuxième temporales* présentent des lésions de *méningo-encéphalite* sur presque toute leur étendue; la première envoie deux plis de passage à niveau à la seconde. — La *première scissure temporale* communique d'une part avec la scissure de Sylvius par un sillon profond et oblique qui longe le bord supérieur d'une circonvolution *transverse temporo-pariétale* bien développée; d'autre part, avec la deuxième scissure temporale qui est sinueuse, irrégulière, interrompue par des plis de passage à niveau allant de la deuxième à la troisième temporale qui est très découpée.

Face interne. — *Lobe temporo-occipital.* La méningo-encéphalite atteint principalement toute l'extrémité antérieure du lobe temporal et s'étend jusqu'au de-là de la partie moyenne de la deuxième circonvolution temporo-occipitale; celle-ci envoie des plis de passage à niveau à la première circonvolution temporo-occipitale , ces deux circonvolutions sont assez bien développées en arrière, plus maigres en avant.

La *circonvolution frontale interne* est assez bien développée, sauf dans son quart antérieur où la méningo-encéphalite est très prononcée. — La *scissure calloso-marginale* ne présente rien de particulier. — La *circonvolution du corps calleux* est atteinte à un degré moins prononcé de méningo-encéphalite sur toute son étendue. — Le *lobule paracentral,* rélativement assez gros, paraît peu lésé, sauf dans sa partie la plus postérieure. — Le *lobule quadrilatère* possède une scissure sous-pariétale en H, dont la branche antérieure est reliée à la scissure calloso-marginale par un petit sillon horizontal; il existe un pli pariéto-limbique postérieur. — La *scissure perpendiculaire interne* est très profonde. Le *coin* paraît un



peu grêle dans sa partie supérieure. — La *fissure calcarine*, la *couche optique*, le *lobule de l'insula* n'offrent rien à noter. — Le *corps calleux*, surtout dans son tiers antérieur, le *corps strié*, vers sa partie postérieure, paraissent *atrophiés*.

Hémisphère droit. — La *scissure de Sylvius* laisse à découvert le lobule de l'insula dont les circonvolutions sont un peu jaunâtres; elle envoie deux rameaux ascendants antérieurs allant se jeter dans la deuxième scissure frontale et isolant ainsi complètement le pied de la troisième circonvolution frontale du cap et de la circonvolution frontale ascendante. — Le *sillon de Rolando*, sinueux, communique en avant par un sillon profond avec la première scissure frontale et en arrière vers son tiers inférieur avec la scissure interpariétale par un sillon moins profond que le précédent. La *scissure perpendiculaire externe* est séparée de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau se rendant du lobule pariétal supérieur au lobule occipital. — La *scissure perpendiculaire externe* forme, en arrière de la pariétale ascendante, une scissure parallèle complète débordant sur la face interne; en bas elle est isolée de la pariétale ascendante par un pli de passage à niveau contourné, allant de celle-ci au pli pariétal inférieur, au delà de son coude elle est interrompue par un pli de passage transversal *atrophié*, se rendant du pli pariétal supérieur au pli courbe; plus loin, elle va se confondre avec le sillon occipital transverse.

Le *lobule orbitaire* est atteint de *méningo-encéphalite* dans toute sa moitié interne et postérieure; les *circonvolutions* de toute sa moitié antérieure *sont en retrait, vermiformes et atrophiés*.

Face convexe. — *Lobe frontal*. Il existe une scissure parallèle frontale interrompue seulement vers son quart supérieur par un pli de passage à niveau atrophié, allant de la deuxième frontale à la frontale ascendante. La *première frontale* s'insère à la frontale ascendante par deux plis de passage à niveau, *atrophiés, vermiformes*; elle est complètement *atrophiée, vermiforme*, dans ses parties posrieure et tantéérieure, dans sa partie moyenne, il existe seulement deux îlots non atrophiés. — La *première scissure frontale* sinueuse communique en arrière avec le sillon de Rolando par le sillon déjà décrit; au tiers antérieur on y rencontre un pli de passage étroit, atrophié et au tiers postérieur un autre pli de passage profond. La *deuxième frontale* s'insère à la frontale ascendante par un pli de passage courbe, atrophié; elle est *atrophiée*, vermiforme, sauf à sa partie moyenne où se rencontrent des traces de *méningo-encéphalite*; en avant elle envoie deux plis de passage à niveau, atrophiés, à la troisième frontale; *sur les parties antérieures des première et deuxième frontales, l'atrophie est beaucoup plus prononcée* que sur les parties postérieures. — La *deuxième scissure frontale*, profonde, sinueuse postérieurement est inter-

rompue en avant par un des plis de passage dont il vient d'être question. La *troisième frontale*, dont le pied et la moitié du cap sont relativement assez développés, avec quelques traces d'adhérences, est *atrophiée dans sa moitié antérieure, mais c'est surtout la moitié antérieure du cap qui est atteinte*. — Les *frontale* et *pariétale ascendantes* sont *atrophiées* dans leur moitié supérieure, la première plus que la seconde.

Lobe pariétal. — Le *pli pariétal supérieur* est tout à fait *atrophié*, *vermiforme*, sauf sur une surface d'un peu moins d'un centimètre carré qui présente toutefois une couleur un peu ocreuse et forme son extrémité postérieure. Le *pli pariétal inférieur* et le *pli courbe* sont relativement assez bien développés ; sur le dernier on remarque quelques traces d'adhérences ; la coloration de la substance cérébrale parait à peu près normale.

Le *lobe occipital*, sans être manifestement atrophié, offre cependant une coloration légèrement ocreuse, surtout dans sa partie supérieure.

Lobe temporal. — Les *trois circonvolutions temporales* sont assez bien développées, sinueuses. La deuxième envoie à la troisième deux plis de passage à niveau ; sur la moitié antérieure de la première et sur toute la deuxième, on constate de la méningo-encéphalite. Les *scissures* ne présentent pas d'anomalies dignes d'être notées.

Face interne. — *Lobe temporo-occipital.* — La *première circonvolution temporo-occipitale* un peu jaunâtre, légèrement en retrait vers l'incisure préoccipitale, pousse deux plis de passage à niveau grêles à la troisième circonvolution temporale. — La *deuxième temporo-occipitale*, plus jaunâtre que la précédente, est assez développée, elle envoie un pli de passage à niveau à la première vers son tiers antérieur. Les *scissures* sont assez profondes, interrrompues par les plis de passage ci-dessus.

La *circonvolution frontale interne* est *atrophiée* dans presque toute son étendue ; le *lobule paracentral* l'est également, mais à un degré un peu moins prononcé. La *scissure calloso-marginale* est peu profonde, ses bords sont écartés dans sa partie moyenne. — La *circonvolution du corps calleux* est *atrophiée* dans sa moitié antérieure, vermiforme vers son pôle frontal ; il en est de même du *corps calleux*. La *corne antérieure du ventricule latéral* est *dilatée*.

Le *lobule quadrilatère* est *atrophié*, *vermiforme* dans sa moitié antérieure ; il existe un pli pariéto-limbique antérieur et un postérieur ; la scissure sous-pariétale a la forme d'un γ. La *scissure perpendiculaire interne* est très large ; le *coin* parait relativement assez bien developpé ; — la *fissure calcarine* est normale.

Le *corps strié* est *atrophié ;* la *couche optique* semble à peu près normale, elle a cependant une teinte jaunâtre, à sa surface qui est très légèrement bosselée.

Examen histologique, par M. Pilliet interne du service. — *Cerveau* et *bulbe* durcis dans l'alcool. *Moelle* durcie dans le liquide de Muller.

Cerveau droit. — Portions atrophiées. — *Substance grise.* Ces membranes n'ont pas enlevé des portions de substance cérébrale en se détachant; la première couche de la substance grise est confondue avec la seconde; elle présente, comme cette dernière, une néoformation considérable, les capillaires apparaissent sur les coupes, étoilés, arqués, formant un réseau serré. L'organe lymphatique est rempli de cellules rondes; autour d'elles existe un espace clair dû au retrait qu'a subi la pièce dans l'alcool. Sur des points où la lésion est plus avancée, il existe autour de ce vaisseau vasculaire serré des fibrilles conjonctives en plus ou moins grande épaisseur; plus loin, la lésion est plus avancée encore. Ces fibrilles conjonctives forment un véritable tissu fibroïde de sclérose qui tranche vivement par son aspect sur le tissu névroglique ambiant. Ainsi sont constituées des bandes scléreuses larges et plates, occupant et remplaçant la deuxième couche de la substance grise, celle des petites cellules pyramidales. Ces bandes ne sont pas pures, mais contiennent un certain nombre d'amas névrogliques et de cellules nerveuses arrondies, granuleuses et pigmentées; elles empiètent sur la substance grise des deux couches qui les contiennent par des bandes conjonctives qui suivent les trajets des vaisseaux; elles ont par conséquent un bord dentelé et festonné. Au niveau de ces points, la première couche de substance grise est épaissie, fibrillaire et chargée de noyaux. La troisième couche, celle des grandes cellules, ne présente que des séries de cellules petites, à fins noyaux sphériques, noyés sans ordre apparent dans une trame névroglique granuleuse.

Mais la vascularisation exagérée des couches corticales moyennes et la formation de bandes de tissu scléreux par plaques dans la même région ne sont que les deux premiers degrés de l'altération. Sur d'autres points, entre les mailles du tissu conjonctif ainsi formé, se crée des vides qui étaient remplis par un liquide à l'état frais. On a sous les yeux des cavités aréolaires, irrégulières, cloisonnées par des travées conjonctives épaisses et par de fines trabécules, le long desquelles sont dispersées de grosses cellules irrégulières à protoplasma irrégulier. L'aspect ressemble beaucoup sur les coupes à celui du grand épiploon réticulé de certains rongeurs. En même temps la couche corticale qui recouvre ce tissu aréolaire s'amincit et n'est plus qu'un simple feuillet et les cavités s'agrandissent au point de former un tissu aréolaire visible à l'œil nu. Ces lésions expliquent l'état chagriné qui résulte de l'effondrement des couches moyennes de la substance grise et l'état kystique, aréolaire qu'on observe, beaucoup plus prononcé d'ailleurs dans d'autres cas d'idiotie.

Au-dessous de ces points très lésés, il n'existe plus de grandes cellules nerveuses, mais on en rencontre tout à côté par amas abondants; elles sont seulement groupées sans ordre apparent, au lieu d'être disposées en séries verticales comme à l'état normal.

Les couches suivantes de la substance grise et la substance blanche sont chargées de petites cellules rondes. On y voit, en grande abondance des blocs volumineux, réfringents, irréguliers, comme formés de la fusion de plusieurs boules. Malgré le séjour des pièces dans l'alcool, ce bloc se colore en noir intense par l'acide osmique sur les coupes laissées vingt-quatre heures dans ce réactif.

Lobe occipital droit en dehors de la lésion. — Vaisseaux nombreux, vascularisés, à cavité large, avec infiltration des gaines. Pourtant la sériation verticale des éléments nerveux à laquelle nous attachons une grande importance est conservée sur la plupart des points. Si ce n'est dans la couche la plus profonde de la substance grise où elle est morcelée par le réseau vasculaire. A ce point, ainsi que dans la substance blanche, nombreux corps granuleux et blocs graisseux semblables à ceux que nous venons d'indiquer.

Cervelet du côté droit. — Cellules de Purkinje assez nombreuses. Couche externe et couche des myélocytes normales. On retrouve un certain nombre des gros blocs graisseux qui paraissent dus à l'action de l'alcool sur la pièce.

Cerveau. Hémisphère gauche. — Il existe dans le lobe frontal une vascularisation très développée avec diminution de nombre et de volume des cellules nerveuses qui ont perdu leur sériation dans les points examinés. Nombreux corps granuleux dans la substance blanche. Dans le lobe occipital, on retrouve, à côté de points normaux dans l'écorce, des taches de désintégration au début. — Les coupes du cervelet droit, examinées comparativement avec celles du côté gauche n'ont pas paru présenter de différence sensible. — Les coupes du *bulbe* à la portion inférieure du quatrième ventricule, au-dessous des olives montrent d'abord des lésions peri-vasculaires très marquées, surtout du côté gauche. Diminution comparative du volume des noyaux. Du même côté, dans la *moelle cervicale*, les cornes antérieures sont petites mais avec leurs cellules bien nettes, de même les cordons antérieurs. Ilots de tissu scléreux de dégénérescence descendante, en dehors de la corne supérieure du côté gauche. Cette corne paraît un peu plus volumineuse que celle du côté opposé. Dans cet ilot à contours diffus un certain nombre de tubes nerveux persistent.

En résumé, les lésions du bulbe et de la moelle sont consécutives ainsi que celles de la couronne de Reil.

Les lésions de l'écorce sont surtout marquées au niveau de la deuxième couche de la substance grise et on peut leur distinguer

trois étapes : 1° prolifération vasculaire; 2° sclérose et atrophie des cellules nerveuses; 3° formation des cavités.

Ces lésions forment aussi à la surface des hémisphères un certain nombre de taches diffuses semblables à celles qu'on trouve dans la plupart des cerveaux d'idiots.

Ce malade a eu des *accidents cérébraux* dès l'âge de six mois sans convulsions, ni paralysie; mais à deux ans il eût des *convulsions qui n'ont porté que sur le côté gauche* dont on constate aussitôt la *paralysie* qui persista d'une façon plus ou moins complète et s'atténua plus tard de manière à permettre quoique incomplètement la marche. Ces symptômes: prédominance des convulsions et paralysie du côté gauche sont en rapport avec les lésions trouvées à l'autopsie, qui étaient en effet *plus prononcées sur l'hémisphère cérébral droit et atteignaient surtout les centres moteurs des membres.* C'est aussi à la suite de ces convulsions que l'intelligence a diminué et que survint de la céphalalgie frontale accompagnée de vomissements, puis d'affaiblissement de la vue. Ce n'est que vers l'âge de douze ans qu'apparurent les *premiers accès procursifs.* La parésie qui avait succédé à la paralysie augmenta; l'affaiblissement intellectuel s'accentua et l'on constata du bégaiement.

La paralysie d'abord limitée à gauche, puis améliorée, reparaît et envahit aussi le côté droit; la parole, peu développée, se limita de plus en plus, ce qui est en rapport avec les lésions relevées à l'autopsie qui nous a montré que la *troisième circonvolution frontale est plus atteinte à gauche qu'à droite.*

L'autopsie nous a fait voir une *atrophie de l'hémisphère cérébral droit* qui pèse 50 grammes de moins que le gauche; aussi le cerveau ne recouvrait-il le

cervelet qu'en partie, le laissant complètement à découvert sur la partie médiane. La pie-mère est œdématiée, l'artère communicante postérieure et l'artère cérébrale antérieure gauches sont filiformes; le *pédoncule cérébral* et la *pyramide du côté droit* sont atrophiés. Contrairement à la règle, ce n'est pas l'olive droite qui est atrophiée, mais la gauche. Les *ventricules latéraux sont dilatés (Hydrocéphalie consécutive)*. La *moitié gauche* de la moelle est *atrophiée*.

Nous ne reviendrons pas sur les lésions rencontrées sur les circonvolutions cérébrales; elles ont été décrites plus haut; nous rappellerons seulement qu'outre l'atrophie ou la gracilité de certaines circonvolutions, nous avons surtout constaté de la *méningo-encéphalite*, plus prononcée à droite au niveau des centres moteurs.

Le *cervelet* est moins atteint que les hémisphères cérébraux; ce n'est du reste que tardivement, vers 1880, qu'apparurent les premiers phénomènes procursifs. Lors de l'autopsie, le poids du cervelet, de l'isthme et du bulbe était de 150 grammes. Malheureusement ces diverses parties de l'encéphale n'ont pas été pesées isolément; notre attention n'ayant pas encore à cette époque été attirée sur le cervelet. Toutefois il existait une légère atrophie portant sur leur ensemble, puisque le poids moyen de ces organes est d'environ 172 grammes. — Les deux hémisphères cérébelleux étaient sensiblement égaux, toutefois le gauche paraissait un peu plus petit.

C'est aussi lors de l'apparition des premiers phénomènes procursifs que l'on nota la diminution de la vue; nous ne pouvons affirmer dans notre cas si ce symptôme doit être attribué à une lésion cérébelleuse,

vu l'étendue et la dissémination des lésions rencontrées à l'autopsie, mais nous croyons devoir rappeler que l'amaurose est un des symptômes le plus fréquemment noté dans les cas d'affection cérébelleuse.

Parmi les autres symptômes pouvant être rattachés à une lésion cérébelleuse nous signalerons encore la titubation.

Des deux observations qui précèdent, relatives à des malades atteints l'un d'*épilepsie procursive*, pouvant être rattachée à une *lésion du cervelet*, et l'autre d'accidents procursifs tardifs nous rapprocherons une observation de M. Meschede[1]. Toutefois nous devons faire remarquer que cette observation diffère un peu des nôtres au point de vue clinique, car les accidents procursifs qui précédaient et suivaient l'accès avaient une durée beaucoup plus longue et ne semblent pas avoir constitué à proprement parler des accès.

OBSERVATION LVI. — *Epilepsie avec idées religieuses extatiques mouvement de manège forcé de gauche à droite. — Démarche vacillante, impossibilité d'exécution de mouvements (fonctions) compliqués. — Attitude de la tête quelquefois penchée en arrière. — Parole lente, le plus souvent tremblée. — Sensation intercurrente de chaleur brûlante dans le corps. — Fréquentes attaques d'hypérémie aiguë pulmonaire. — Durée de l'épilepsie: au moins huit ans. — Mort à quarante ans.*

AUTOPSIE. — *Etat trouble de la pie-mère de la convexité. — Adhérence de la corne droite postérieure. — Sclérose et atrophie de l'hémisphère droit du cervelet. — Etat cartilagineux du corps dentelé du cervelet. — Induration des deux olives. — Œdème et hépatisation des poumons.*

Johann Huth, évangéliste non marié, auparavant berger, admis en 1833 pour *épilepsie* à l'hôpital de Schwetz, transféré plus tard

[1] Meschede. — *Ein Fall von Epilepsie mit Zwangs-Bewegungen und Zwangsvorstellungen und Sclerose einer Kleinhirn-Hemisphœre.* (*Virchow's Archiv*, 1880, p. 569.)

pour troubles mentaux à l'asile d'aliénés. Observé de 1857 à sa mort (1860). Pas de renseignements sur les causes et le développement de la maladie. Les accès étaient relativement peu fréquents (2 à 5 par mois), en deux ans il eut 100 accès dont 91 diurnes. Rarement plus d'un accès en vingt-quatre heures; — en deux ans et demi, 11 fois seulement le maximum des accès a été de 2 par jour. Le plus long espace entre les accès a été de vingt-sept à vingt-huit jours. Dans le cours de l'année 1859, 35 accès; 12 diurnes, 23 nocturnes. Parfois, vomissements et céphalalgie consécutifs.

Quelques jours avant ou après un accès, il présentait parfois des *phénomènes de locomotion involontaire* se répétant d'une façon déterminée, consistant : 1° soit en une *course* de côté et d'autres, d'une durée quelquefois d'une heure, ou d'une marche d'un pas rapide dans le corridor; — 2° soit en *mouvements de manège*, c'est-à-dire *locomotion en cercles* de gauche à droite; — 3° soit même *en rotation* dans l'axe longitudinal (en attitude debout), également de gauche à droite. Ces mouvements duraient souvent une heure; si l'on cherchait à les arrêter, J. Huth s'emportait s'il était interrogé, prétendant qu' « on ne devait pas l'arrêter, qu'il courait pour délivrer le monde ». Ces *mouvements circulaires* étaient limités en étendue, environ six pieds de diamètre. La *marche* était quelquefois chancelante sans paralysie. La tête et la nuque étaient quelque peu inclinées en arrière. La *parole* peu coulante, hésitante et irrégulière nécessitait souvent un certain effort convulsif; parfois, au début, on constatait une répétition des mots avec accompagnement brusque d'un tremblement extraordinaire de l'intonation. L'articulation se faisait cependant très convenablement, mais avec un traînement très prononcé de quelques mots ou de quelques syllabes.

Le malade était maladroit, lourd, incapable d'exécuter un travail soigné. Il eut de nombreuses attaques d'hyperhémie pulmonaire aiguë qui mirent souvent sa vie en danger (saignée du bras ou scarification à la tête); c'est à une attaque de ce genre que succomba le malade.

M. Meschede s'étend ensuite sur l'état intellectuel du malade tombé presque en *démence* et sujet à des *périodes d'excitation maniaque*, accompagnées d'*idées religieuses* résultant de sa profession.

A l'*autopsie*, on constata une *sclérose atrophique* de l'*hémisphère cérébelleux droit,* l'adhérence de la *corne postérieure du ventricule latéral droit* à l'ergot de Morand et une certaine *induration des deux olives*. — L'*hémisphère cérébelleux* gauche et la corne postérieure du ventricule latéral gauche ne présentaient aucune anomalie. — La *sclérose cérébelleuse droite* était plus prononcée sur le corps rhomboïdal réduit à la grosseur d'un noyau de prune et d'une dureté cartilagineuse.

Nous ne retiendrons de l'examen du *cerveau* que les faits suivants : la dure-mère au niveau du frontal et des pariétaux était adhérente; la pie-mère de la convexité avait un aspect laiteux, était quelque peu épaissie, non adhérente.

Les *poumons* étaient œdématiés, emphysémateux à leur bord; le lobe inférieur droit présentait une hépatisation rouge. Le *cœur*, en surcharge graisseuse, était légèrement hypertrophié.

Dans le cas de Meschede, les symptômes observés sont en rapport avec la lésion cérébelleuse rencontrée à l'autopsie, locomotion involontaire, rotation, démarche chancelante, bégaiement et tremblement de la parole.

Les phénomènes procursifs diffèrent quelque peu de ceux que nous avons observés chez nos malades, toutefois l'absence d'antécédents nous empêche d'établir une comparaison exacte entre ce cas et les nôtres.

Parmi les observations anciennes que nous avons publiées dans notre historique on trouva à l'autopsie, dans deux cas, des lésions profondes de la protubérance et, dans un autre cas, une lésion du corps strié; dans ces trois cas il s'agissait de vastes foyers d'hémorrhagie ; la difficulté dans ces circonstances de bien localiser la lésion, son retentissement sur les organes environnants ne permettent pas de discuter avec fruit ces observations.

Anatomiquement parlant, il semble donc, d'après les quelques rares autopsies pratiquées jusqu'à ce jour, que dans l'épilepsie procursive, les accidents procursifs, certains mouvements de manège, de rotation, sont liés à une lésion cérébelleuse[1]. Celle-ci peut

[1] « Les impulsions rectilignes ou selon l'axe qui peuvent être reproduites expérimentalement par la section ou l'irritation de certains points

être tantôt primitive, tantôt secondaire, ce qui explique l'apparition précoce ou tardive des phénomènes procursifs.

En 1869, MM. Luys et A. Voisin[1] ont attiré l'attention sur les lésions du cervelet et de ses pédoncules chez les épileptiques; ils attribuaient à ces lésions un rôle important dans les phénomènes convulsifs, assertion du reste discutable, car la lésion cérébelleuse était associée à d'autres lésions encéphaliques; aucun de leurs malades n'est signalé comme ayant présenté des accidents procursifs, mais il est à noter que tous étaient atteints d'épilepsie depuis l'enfance, et qu'il est possible que les accès procursifs disparus depuis longtemps aient été omis dans les commémoratifs fournis par les parents, soit qu'ils les aient oubliés, soit que le médecin n'ait pas provoqué d'explications précises sur les caractères des accès aux différentes périodes de la maladie.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, les détails contenus dans les observations anciennes sont loin d'être suffisants. Il est à désirer que, à l'avenir, dans les cas d'épilepsie procursive, on procède à un examen minutieux, non seulement du cerveau, mais encore et surtout du cervelet qui, très souvent, n'est l'objet que d'un examen sommaire.

de l'encéphale sont liées à des lésions du cerveau et l'on constate dans l'intervalle des accès de locomotion d'autres symptômes en rapport avec la maladie encéphalique. » (Jaccoud. — *Leçons de clinique médicale* de Lariboisière, Paris, 1873, p. 170.)

[1] Luys et A. Voisin. — *Contribution à l'anatomie pathologique du cervelet, du bulbe et des corps striés dans l'épilepsie.* (*Archives générales de médecine*, décembre 1869.)

VIII. — Pronostic, diagnostic, etc.

Le *pronostic* de l'épilepsie procursive proprement dite est toujours grave. Aux accès procursifs succèdent, en général, au bout d'un temps plus ou moins long, des accès à type commun; la marche est alors celle de l'épilepsie commune. Il semble toutefois que les accidents procursifs ont beaucoup moins d'influence sur l'état intellectuel de ces malades; tant qu'ils existent seuls, l'intelligence paraît, en effet, peu atteinte et la mémoire semble bien conservée.

La *marche* et la *durée* sont celles de l'épilepsie ordinaire et par conséquent sont très variables.

Le *diagnostic* nous paraît facile. Les accidents procursifs, vertiges ou accès, diffèrent de la *chorée* et des différentes *affections à type saltatoire* par la perte de connaissance, ou une obnubilation profonde des facultés intellectuelles, par le long intervalle qui sépare les accidents, par la perte du souvenir de l'accident, etc. C'est à tort que Rilliet et Barthez rattachent l'épilepsie procursive à la *grande chorée* : la substitution des accès d'épilepsie ordinaire aux accès d'épilepsie procursive, nous le répétons, démontre la nature comitiale de la maladie[1].

On observe souvent chez les hystériques, à la fin des séries d'attaques surtout, des accidents procursifs,

[1] Ces auteurs ont confondu encore sous le nom de grande chorée des cas évidents d'hystérie : tels sont entre autres les cas de Dewar concernant cinq enfants de la même famille (*épidémie d'hystérie*). — (Rilliet et Barthez. *Traité pratique et clinique des maladies des enfants*; 2e édition, t. II, p. 578. Paris, 1861.)

un besoin de courir, mais ces accidents ne constituent qu'un épisode de l'attaque et ne la composent pas tout entière, comme dans l'épilepsie procursive.

IX. — Considérations générales sur la physiologie et l'étiologie des mouvements procursifs.

La plupart des physiologistes s'accordent à faire jouer au *cervelet* un rôle dans la *locomotion*, la seule des fonctions qu'on lui a attribuée dont nous ayons à nous occuper à l'occasion de l'épilepsie procursive. Disons de suite que la propriété de coordonner les mouvements paraît devoir être exclusivement réservée à son lobe moyen. Or, nous avons vu que, chez Duch... (Obs. LIV), le lobe moyen du cervelet était en partie atrophié.

Parmi les phénomènes les plus constants observés à la suite des lésions ou des excitations expérimentales du cervelet, nous citerons les *mouvements de rotation* et le *tremblement*. Chez les pigeons, Mitchell et Richardson auraient observé, suivant la durée de la réfrigération par la rhigolène, un *mouvement en avant*, puis plus tard un *mouvement de recul*[1].

Pour certains auteurs, les phénomènes observés seraient des *phénomènes d'entraînement*, des *impulsions irrésistibles* qu'ils rattachent à des troubles de l'innervation cérébelleuse. C'est ainsi que M. Luys admet l'action sthénique du cervelet dans tout effet volontaire ou involontaire.

[1] D'après Beaunis, *Nouveaux éléments de Physiologie humaine*, 1re édition, 1876, p. 1005.

« Les phénomènes étranges d'impulsions irrésistibles que présentent certains sujets qui sont invinciblement entraînés, soit à courir en avant (*Scélotyrbe festinans*), soit à accomplir une série de mouvements involontaires de la tête, du tronc ou d'un des membres, etc. (*chorées rotatoires, chorées vibratoires*) trahissent, écrit-il, dans l'ordre des faits pathologiques, leur parenté avec ceux que j'ai signalés à propos des troubles de l'innervation cérébelleuse; on ne peut s'empêcher de reconnaître, en effet, que les tendances procursives présentées par certains sujets, les mouvements rotatoires accomplis par d'autres, ne sont en définitive que la répétition, chez l'homme, des *mouvements d'entraînement latéral*, des *mouvements de rotation*, des *impulsions procursives* variées, provoquées artificiellement chez les animaux, lorsqu'on vient à intéresser un point quelconque de la sphère où se dissémine l'influx cérébelleux périphérique[1]. »

M. Nothnagel n'admet, au contraire, aucune liaison entre les lésions cérébelleuses et l'épilepsie[2].

« Les accès épileptiformes, dit-il, réclament encore quelques mots. Ils ne peuvent revendiquer aucune espèce de signification diagnostique au profit d'une lésion du cervelet ; cela va de soi lorsqu'on envisage leur présence dans diverses affections cérébrales. Cependant, lorsqu'on veut faire la part de leur fréquence assez grande dans l'atrophie cérébelleuse, c'est-à-dire dans une lésion qui ne restreint pas l'espace de la cavité splanchnique, il semblerait *à priori* qu'il y ait lieu, à juste titre, de se demander si les accès n'auraient pas quelque rapport direct avec le cervelet. La réponse négative nous paraît incontestable. Ils sont absents dans toute autre affection de déficit du cervelet; on a parfois dans l'atrophie cérébelleuse trouvé la protubérance et le bulbe concurremment intéressés et, à part cela, nous savons que tels accès peuvent aussi affecter une fréquence insolite dans les affections du système nerveux central les plus diverses dénuées d'action sur l'aire des cavités, sans que pour cela on relie « l'épilepsie » alors observée à la zone locale atteinte. Je ne vois nulle part jusqu'ici les éléments d'une démonstration relative à l'origine de ces accès épileptiformes dans le cervelet lésé; bien au contraire, les attaques proviennent toujours de la protubérance ou de la moelle allongée, soit que les parties se trouvent directement comprimées par une lésion restreignant l'espace ambiant, soit qu'il s'agisse d'états

[1] Luys. — *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal.* Paris, 1865, p. 616.

[2] Nohnagel. — *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale basé sur l'étude des localisations.* Traduction Kéraval, 1885, p. 56.

d'hypérémie ou d'anémie de ces organes, soit enfin qu'on ait affaire à une épilepsie provoquée « secondaire » (dans le sens que nous avons attaché à ce mot autre part), le cervelet servant de facteur intermédiaire (épilepsie symptomatique réflexe)[1].

Pour M. Hitzig[2], « les mouvements irrésistibles sont tous, dès l'origine, des mouvements volontaires qui prennent un caractère irrésistible de par le fonctionnement à faux de diverses parties de l'organe. C'est ainsi qu'il peut se produire des mouvements en apparence irrésistibles quand l'individu s'illusionne sur sa situation dans l'espace. »

Les mouvements de rotation ont été également observés à la suite des lésions des pédoncules cérébelleux.

« M. Belhomme, dans un mémoire sur le tournis, lu à l'Académie de médecine en 1833, cite l'observation d'une demoiselle qui, à l'âge de quarante-sept ans, eut, à la suite d'une commotion morale violente, des crises nerveuses avec besoin de tourner. De nouvelles émotions ramenèrent de nouvelles crises, qui bientôt se répétèrent spontanément quatre ou cinq fois dans la journée, puis jusqu'à vingt fois. Ces crises s'accompagnaient d'un mouvement de rotation de droite à gauche, mais quelquefois aussi de gauche à droite, qui s'opérait de la manière suivante ; la malade étant assise roulait sur son siège avec une grande rapidité pendant un temps plus ou moins long. Ces mouvements de rotation, qui, pendant longtemps furent la caractéristique des crises; s'éloignèrent à mesure que la maladie fit des progrès : la déglutition devint difficile, l'intelligence s'altéra de plus en plus, et la malade mourut huit ans après le début de son affection.

[1] Si on laisse de côté les accès procursifs et que l'on n'envisage que les accès à type commun qui les accompagnent ou leur succèdent, l'on peut admettre, en effet, avec Nothnagel, que ces derniers sont dus à la lésion secondaire de la protubérance ou de la moelle allongée; c'est ainsi que chez Duch... l'hémisphère cérébral gauche, le pédoncule cérébral gauche et la moitié correspondante de la protubérance étaient légèrement atrophiés ainsi que la pyramide et l'olive droites. — Chez Car... la moitié gauche de la protubérance était plus petite qu'à droite. — Chez Maisonh..., le pédoncule cérébral droit, la pyramide et l'olive droite sont atrophiés, ainsi qu'à la moitié gauche de la moelle.

[2] *IXe congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest*, séance du 16 juillet 1884. (*Archives de Neurologie*, n° 25, vol. IX, 1885, p. 99.)

L'autopsie montra, sur les côtés de la gouttière basilaire, deux saillies osseuses du volume d'une petite noisette, ayant l'apparence d'exostoses; la gouttière basilaire était évidemment rétrécie; l'exostose de gauche était un peu plus grosse que celle du côté droit, et toutes deux étaient rugueuses comme les points osseux qui servent d'insertion aux muscles. Le cerveau n'avait point d'autre lésion que l'atrophie des nerfs optiques, une diminution notable du volume de la protubérance annulaire, mais surtout une dépression sensible, principalement à gauche, sur chacun des pédoncules du cervelet, au point correspondant aux exostoses signalées à la gouttière basilaire[1].

Les lésions cérébelleuses s'accompagnent de *dégénérations secondaires*, particulièrement de la protubérance, lésions secondaires auxquelles peut être attribué le remplacement des mouvements procursifs par des accès type d'épilepsie. Aussi croyons-nous utile de dire quelques mots de la physiologie de la protubérance des pédoncules cérébraux et du corps strié.

On sait que la galvanisation de la protubérance produit des convulsions épileptiformes et que la lésion d'un pédoncule cérébral produit un mouvement de manège du côté opposé à la lésion. « Dans ce mouvement de manège, l'animal décrit un cercle de rayon variable, et le cercle parcouru serait d'autant plus petit que la lésion se rapproche davantage du bord antérieur de la protubérance et qu'elle atteint un plus grand nombre de fibres[2] » (Beaunis). Dans trois cas de lésion de la partie supérieure et externe du pédoncule cérébral, le même auteur a constaté des mouvements de rotation sur l'axe.

Magendie admettait dans les corps striés un centre dont l'excitation déterminait chez les animaux un

[1] Mesnet. — *Des mouvements circulaires* (*Archives générales*, mai 1882).

[2] Be— aunis. *Nouveaux éléments de physiologie humaine.* — 1re édition, p. 999. Paris, 1876.

mouvement de recul ; après leur ablation, il y aurait une impulsion irrésistible poussant le corps en avant, impulsion qui serait due à l'action du *cervelet* que ne contrebalance plus l'action de recul du corps strié. — Richardson et Mitchel ont vu des mouvements en avant très marqués par le refroidissement des corps striés (Beaunis).

Nous savons, d'un autre côté, qu'on a observé chez le chien, après l'ablation complète du noyau caudé, un mouvement de manège fort particulier (Carville et Duret) et que Nothnagel a admis dans le corps strié chez le lapin un *nodus cursorius* dont l'excitation produisait un mouvement de course irrésistible.

D'autres auteurs, entre autres M. Steiner, attribuent les mouvements irrésistibles à un défaut d'asymétrie de l'innervation[1].

Les lésions cérébelleuses peuvent être latentes, mais elles s'accompagnent souvent de phénomènes variables, inconstants, parfois transitoires, sans qu'il soit le plus fréquemment possible d'établir un diagnostic précis ou d'en déterminer exactement la localisation, par suite des rapports intimes du cervelet avec les organes du voisinage et à cause des actions à distance possibles sur les autres parties de l'encéphale. — Aussi la *symptomatologie* des lésions cérébelleuses et la *physiologie pathologique* du cervelet sont-elles encore entourées d'une très grande obscurité. Nous ne croyons pas que nos observations soient à l'abri de toute critique sous ces divers rapports, car les lésions rencontrées à l'autopsie n'étaient pas strictement localisées à une partie du cervelet, et elles

[1] *Archives de Neurologie*, 1885, t. IX, p. 99.

sont, par suite, susceptibles d'interprétations variées; toutefois, nous avons été frappés, surtout dans l'observation de Duch..., de la coïncidence de la lésion cérébelleuse paraissant primitive, avec les phénomènes procursifs observés à une certaine période de l'affection de ce malade, de l'étendue de cette lésion cérébelleuse et de sa plus grande ancienneté par rapport aux autres lésions rencontrées à l'autopsie.

L'interprétation des phénomènes observés pendant la vie et leur relation avec la physiologie du cervelet encore si indéterminée nous semble d'autant plus difficile que les altérations du cervelet peuvent facilement retentir sur les organes du voisinage (bulbe, moelle, protubérance, etc.) avec lesquels cet organe a des connexions si intimes. Des observations ultérieures peuvent seules confirmer ou infirmer l'hypothèse de la relation possible entre l'épilepsie procursive et une lésion cérébelleuse.

Etiologie. — Nous ne connaissons rien de l'étiologie de l'épilepsie procursive. D'après nos observations, nous pouvons seulement dire que la lésion encéphalique semble débuter dès l'enfance.

X. — Traitement.

Les traitements les plus divers employés contre les accès procursifs sont jusqu'ici restés inefficaces, seuls les accès consécutifs d'épilepsie classique paraissent justiciables d'un traitement amenant parfois une amélioration passagère dans l'état du malade.

II.

Deux Cas d'Athétose double avec imbécillité;

Par BOURNEVILLE et PILLIET.

Les deux observations sur lesquelles nous allons appeler l'attention ont trait à une maladie nerveuse encore peu connue et dont le diagnostic précis nous paraît offrir quelque difficulté.

OBSERVATION I. — *Deux frères ont eu des convulsions dans l'enfance. — Frère probablement épileptique. — Emotion de la mère, trois semaines avant l'accouchement, et tremblement consécutif. — Parésie et tremblement du malade dès sa première enfance. — Placé en hospice à huit ans. — Difficultés de la marche et chutes par exagération des mouvements des jambes. — Difficulté de manger et de boire due aux mouvements désordonnés des membres supérieurs. — Contorsions du tronc, du cou, des muscles de la face; signes plus marqués du côté droit. — Parole scandée et embarrassée. — Mouvements rares au repos; exagérés par la plus légère émotion. — Santé générale satisfaisante; caractère puéril, mémoire bonne. — Onanisme; atrophie du testicule gauche. — Dévotion.—Pèlerinage à Lourdes.—Amélioration lente des mouvements sous l'influence de l'hydrothérapie et de la marche avec le chariot. — Transfert du malade aux vieillards; continuation de l'amélioration.*

Dernoed... (Nicolas), né à Paris le 1er mai 1847, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 23 janvier 1882.

Renseignements fournis par sa sœur (22 février 1882). — *Père*, intelligent, d'un caractère doux, a été trente-quatre ans cocher à la compagnie générale, est mort à soixante-six ans d'une *bronchite chronique;* il était grand, fort; on assure qu'il ne fumait pas et ne faisait pas d'excès de boisson. Quelques douleurs rhumatismales; pas de maladies de peau, pas de migraines. [*Père*, maître d'école en Hollande, pas de détails, — ni sur la *mère*. — Deux *frères :* l'un est maître d'école, bien portant, et a une fille en bonne santé; un fils est mort de la petite vérole; — l'autre frère est mort à soixante ans, on ne sait de quoi. — Deux *sœurs* bien portantes: l'une a trois filles, l'autre a trois filles et un garçon, également en bonne santé. Dans la famille, pas d'aliénés, d'épileptiques, de choréiques, ni de difformes; pas de suicidés, ni de criminels.]

Mère, soixante ans, journalière, faisait des ménages; asthmatique, pas de maladies de peau, ni d'attaques; n'est pas nerveuse, aucun excès. [*Père*, mort on ne sait de quoi. — *Mère*, morte en couches à vingt-sept ans, pas de détails. — Un *frère* bien portant, sans enfants. — Trois *sœurs* bien portantes, l'une a trois enfants en bonne santé.— Pas d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques, etc.]

Pas de consanguinité (père hollandais, mère lorraine).

8 *enfants :* 1° un mort-né; — 2° un, mort à trois ans, du choléra, avec *convulsions;* — 3° notre malade; — 4° garçon, trente-un ans, aurait eu une fois des *convulsions* dans l'enfance, est bien portant, pas de chorée, marié, a eu deux enfants qui sont morts l'un d'une fluxion de poitrine, l'autre de cholérine, mais sans convulsions; — 5° garçon mort à vingt-deux ans et demi d'hémoptysies successives, pas de convulsions, pas de chorée; — 6° garçon, mort à vingt-deux ans d'un refroidissement après avoir été vingt mois malade (phthisie); pas de chorée ni de convulsions; — 7° fille, celle qui nous renseigne; brune, intelligente, figure régulière et agréable, non mariée ; bien portante, pas de migraines, de chorée, de convulsions; — 8° garçon, vingt-un ans, bien portant, intelligent, pas de chorée ni de convulsions; mais, depuis trois ans, il serait sujet à de petits accidents cérébraux que l'on décrit ainsi: yeux fixes, perte de connaissance, parfois rigidité; écume sanglante, ronflement. Quelques mouvements de la tête, mais ne se débat pas. Il aurait eu deux crises la semaine dernière; il n'en avait pas eu depuis trois mois (épilepsie ?).

Notre malade. — *Grossesse* bonne; pourtant, à huit mois, la mère a été émotionnée par la mort de son second enfant. Elle aurait été prise d'un *tremblement* qui a duré trois semaines, jusqu'à l'accouchement. — Celui-ci a eu lieu à terme, naturellement, sans chloroforme. On pense que l'enfant est resté lontemps au passage : « ses accouchements étaient longs » ; on ne saurait dire

s'il était asphyxié. Elevé au sein par sa mère, sevré à vingt-huit mois. Le *tremblement aurait été remarqué de suite et serait de naissance.* « Dès le premier jour, il a tremblé et il a emporté le tremblement de notre mère. » Il n'a jamais marché à la maison. « Aussitôt qu'il était debout il tombait. » Envoyé à la campagne à cinq ans, il y est resté jusqu'à son entrée à Bicêtre pour la première fois à huit ans et demi environ. Il fut ensuite transféré à Rhodez, en 1864, de Rhodez à St-Lizier où il est resté jusqu'en 1882, époque où il fut ramené à Bicêtre sur les instances de sa famille.

Il a parlé « en bégayant », vers deux ans; il a été propre de bonne heure; on ne croit pas qu'il ait eu d'otites ni d'ophthalmies, ni de fièvres éruptives, ou de maladies d'enfant, du moins chez ses parents. — On attribue sa maladie à l'émotion et au tremblement survenus à la fin de la grossesse. « Ma mère a senti un choc en elle, et a senti l'enfant remuer. »

Sur la période de 1857 à 1864, nous avons quelques renseignements très curieux parce qu'ils confirment les détails donnés par la famille et nous permettent, en comparant les symptômes à deux époques très éloignées (1857 et 1887) de bien mettre en relief l'amélioration survenue dans l'état du malade. Le certificat de M. Lasègue est ainsi conçu : *Idiotie, paralysie, épilepsie probable.* — Le certificat de quinzaine, signé de M. Delasiauve, porte : *Chorée, imbécillité; pas de crises épileptiques.* Voici, d'autre part, les notes recueillies par notre vénéré maître (1857-1864) :

« Cet enfant, d'une force médiocre, a un fond d'intelligence; il répond à quelques questions en bredouillant. Le certificat de police mentionne l'idiotie avec accès épileptiques présumés. Cette dernière affection paraît douteuse; les mouvements irréguliers dépendraient plutôt d'un état chloréique. *L'enfant ne peut*, seul, *se soutenir sur les jambes;* s'il marche ou remue les bras, il ne peut prendre une direction fixe. La prononciation a le même caractère. Au repos, les phénomènes sont moins sensibles, mais ils existent à un certain degré... »

Nous relevons ensuite les notes ci-après: « 1857. *Novembre*: *Ophthalmie.* — 1858. *Décembre* : Malgré les exercices discontinués trop tôt, on ne note que peu d'amélioration. — 1859. *Avril* : *Fièvre scarlatineuse*, puis traitement par la liqueur arsénicale de Fowler. En *septembre, ophthalmie.* — 1861. *Décembre* : L'exercice de la poulie lui donne de la force ; *il se soutient un peu mieux sur les jambes et fait un pas en avant.* — 1862. *Juin* : Les yeux vont beaucoup mieux; l'exercice lui a rendu un peu d'agilité. *Novembre* : Ophthalmie à droite. — 1863. *Mai* : Facilités pour le calcul qui ne sont pas les mêmes pour la lecture ; marche moins difficile. — 1864. *Février* : Il épèle et récite la *Cigale et la Fourmi.* — *Juin* : Oreillons ; ophthalmies palpébrales fréquentes. — 1864. *Juillet* :

Prurigo généralisé. *Transféré* le 18 septembre à l'asile de Rhodez. » Le malade assure qu'à son départ il ne marchait pas encore seul, qu'il restait tout le temps assis sur un petit fauteuil, que c'est à Rhodez *qu'il a commencé à marcher seul.* Nous insistons dès maintenant sur ce fait qui a une grande valeur au point de vue du diagnostic et nous reprenons la suite de l'observation depuis l'époque où le malade est revenu dans le service.

1882. 9 *mars.*— Revacciné avec succès (une pustule au bras droit).

16 *août.* — *Etat actuel. Poids*, 50 kilogr. 80. — *Tête* assez forte. Pas de saillie de la région occipitale, aplatissement de la région comprise entre le vertex et l'occipital; bosses pariétales moyennement saillantes. *Front* assez élevé, légèrement fuyant, étroit. Arcades sourcilières légèrement déprimées.

Circonférence horizontale de la tête	0m58
— d'une oreille à l'autre par le vertex	0, 35
Diamètre occipito-nasal	0, 178
— bi-pariétal	0, 178

Oreilles (hauteur 6 cent.) assez écartées du crâne, la droite n'est pas très bien ourlée, lobule adhérent.—Iris bleu, pas de strabisme : disparition partielle des cils aux paupières inférieures, et très léger degré d'ectropion, restes des *ophtalmies* de l'enfance. *Pas de nystagmus.* — *Nez* droit, un peu aplati; narines horizontales, elliptiques, égales.

Bouche assez grande, la lèvre inférieure est épaisse. L'os malaire est un peu proéminent; le menton est carré, le visage ovale, les plis de la face égaux des deux côtés. *Souvent le malade plisse la lèvre spasmodiquement.* — Aux arcades dentaires inférieures, manquent les canines, quatre grosses molaires, deux petites. Aux supérieures, deux canines, deux incisives, deux petites molaires et quatre grosses. Palais assez profond, non ogival. La luette, les piliers, les amygdales n'offrent rien à noter.

Cou assez gros (39 c.).— *Thorax* régulier (72 c. au-dessous des mamelons). L'échancrure des flancs est régulière; les fesses sont un peu aplaties, allongées; le *bassin* est normal.

Les jambes paraissent courtes; les genoux sont rapprochés l'un de l'autre. Le malade debout repose sur la moitié antérieure du pied comme s'il avait un double pied bot équin; le talon droit est un peu plus élevé que le gauche (PLANCHES I et II). Dans la marche le pied n'appuie que sur les orteils, les jambes sont toujours demi-fléchies sur les cuisses, les genoux appuyés l'un contre l'autre, le genou gauche un peu plus en dedans que le droit. Le malade ne fauche pas dans la marche, la jambe se soulève brusquement pendant que le tronc se tord.

Quand Dern... marche étant habillé, les jambes sont légèrement fléchies ainsi que les cuisses, les bras sont étendus en avant,

les avant-bras un peu fléchis, les doigts en mouvement. Le corps se tortille, les genoux se touchent, le pied ne repose que sur sa partie antérieure; les talons sont fortement relevés, la pointe du pied droit se dirige un peu en dedans. Il arrive à suivre assez bien la ligne droite, mais parfois il est entraîné malgré lui de côté, et tombe très souvent. La marche est plus difficile quand on le regarde. « Çà m'é--mo---tionne é-nor---mément. » Il descend les escaliers en se tenant fortement à la rampe. Dans la cour, il marche à l'aide d'un chariot. Il assure que la nuit, s'il n'y a pas de lumière, il est moins solide et ne peut marcher sans son chariot.

Quand Dern... *mange*, il saisit brusquement les bouchées de pain préparées par l'infirmier; ses doigts les serrent énergiquement. Lorsqu'il porte le pain à sa bouche, la bouche vient en avant et la tête s'incline, l'avant-bras est relevé également et décrit des oscillations. Quand Dern... veut prendre sa fourchette, les doigts s'écartent complètement, puis les quatre derniers l'empoignent violemment, le pouce restant en dehors et ne formant pas crochet; parfois le pouce et l'index se détachent de la fourchette et exécutent des mouvements. Quand il a saisi le morceau de viande avec la fourchette, par une sorte de mouvement de bascule il appuie fortement sur la table l'avant-bras et le rebord cubital de la main, et la tête vient au-devant de la bouchée en exécutant de nombreuses oscillations. Parfois, mais rarement, il se pique la bouche. De préférence il se sert de la main gauche pour prendre son pain, et les mouvements d'élévation de l'avant-bras et d'abaissement de la tête sont alors moins marqués que s'il se sert du bras droit.

1883. *Janvier* : *Poids*, 49 kilogr. 80.— *Juillet* : *Poids*, 48 kilogr.

1884. *Janvier* : *Poids*, 48 kilogr. 20.—*Juillet* : *Poids*, 47 kilogr. 40.

3 *novembre*. — A deux heures de l'après-midi, le malade étant debout contre son lit, s'est senti tout à coup défaillir, et s'est plaint d'une douleur vive dans le flanc droit. Face pâle, sueurs froides sur la figure et le corps, cou gonflé, pouls faible, lent, régulier (60 p.). Mouvements respiratoires réguliers (20), soulevant les joues. Pupilles égales, contractions musculaires faibles, mais pas de paralysie. T. 38°,2. Le malade a gardé toute sa connaissance.

4 *novembre*. — Appétit, soif vive, constipation. T. R. 37°, 8. — Hier, à deux heures et demie le malade a vomi : il avait, paraît-il, mangé une quantité considérable de pruneaux. Après les vomissements il a été soulagé.

1885. *Janvier* : *Poids*, 47 kilogr. 50.— *Juillet* : *Poids*, 49 kilogr. 20.

Notes complémentaires. — Sommeil bon, il s'endort assez lentement : « Deux... ou trois... heures... après que... je suis au lit. » Jamais de cauchemars.

Fonctions digestives bonnes; mastication passable, pas de vomissements. Selles quotidiennes; il peut aller seul aux cabinets, se déshabiller et se rhabiller, mais tout cela se fait très lentement en raison des mouvements choréiformes. Urination normale.

Moustaches châtaines, peu fournies; favoris et barbe très fournis, cheveux noirs assez abondants, sauf sur les tempes; sourcils bruns très épais.

Organes génitaux. — Poils assez abondants au pénil; bourses pendantes, plus à droite qu'à gauche, verge volumineuse; longueur 10 c. 1/2, circonférence 9 1/2. Pigmentation assez prononcée. Gland en partie découvert, découvrable; méat normal. Le testicule droit est du volume d'une noix moyenne, double du gauche qui est seulement de la grosseur d'une grosse olive. Poils assez abondants à l'anus. — *Onanisme* de quinze à dix-huit ans. Il affirme qu'il a cessé depuis et qu'il n'a jamais eu de rapports sexuels. « Il y a vingt-huit ans et demi que je suis enfermé, dit-il. »

Mémoire bonne : Der. se rappelle avoir vu l'un de nous à l'asile de Rhodez, en 1880, « un dimanche », ce qui est exact.

Parole. — La prononciation rappelle celle d'un enfant : « J'ai trente-six ans... et demi... ma mère... demeure... rue... de Meaux ..... à la Villette... La voix est nasonnée et gutturale. Les lèvres sont presque toujours en mouvement. Parfois la phrase se continue sans arrêts : « A Rhodez, j'avais une liberté relative... on me laissait sortir avec un commissionnaire... malade lui-même. » La parole est scandée par des mouvements. Il peut allonger la langue et la maintenir quelque temps hors la bouche. Il n'y a pas de tremblement, mais parfois une petite trémulation de la base à la pointe, et *vice versa*. Rire niais. — *Motilité* spasmodique, avec plissement de la face. — Assis, il reste relativement tranquille; cependant la jambe droite est parfois soulevée, le genou vient buter contre l'autre. La jambe gauche paraît rester immobile. Il repose ses mains sur ses genoux et conserve assez longtemps cette position; parfois, cependant, il a des mouvements des doigts et du bras droit. C'est ce bras qui est le plus faible — ainsi que la jambe correspondante — et qui présente les mouvements choréiques les plus accusés.

Le malade peut se rhabiller, boucler sa ceinture, se boutonner, mais lentement. Pour boire, il rapproche les deux mains, les doigts très largement espacés, et avec des mouvements d'athéthose. Une fois le vase saisi violemment, il abaisse la tête qui vient ainsi au-devant du verre, puis il la relève aussitôt en buvant.

Sensibilité. — Elle est conservée sur tout le corps; toutefois le contact, le chatouillement, le chaud et le froid semblent être plus vivement perçus à gauche qu'à droite, au tronc, aux membres et à la face?

La *vue* est bonne. La *vision* monoculaire paraît un peu trouble pour l'œil gauche (?). Les pupilles sont égales, moyennement dilatées, contractiles; le *réflexe à la lumière* et le réflexe d'accommodation sont conservés sans être exagérés; le malade distingue nettement toutes les *couleurs; pas de nystagmus; pas de diplopie;* pas de myopie. — L'*ouïe* est bonne des deux côtés : il entend le tic tac d'une montre à 40 ou 50 c. de l'oreille. — Dern... ne sait pas le nom des odeurs, mais il distingue les agréables des désagréables. — *Goût* normal.

Les *réflexions*, le *langage* sont un peu puérils. — D... est très poli, très reconnaissant de ce qu'on fait pour lui. Il se promène toute la journée dans son chariot. *Jamais de vertiges.*

1886. *Janvier* : *Poids*, 49 kilogr. 40; *taille*, 1m, 58.

19 *août*.—Nicolas, qui est très pieux, est parti le 16 en *pèlerinage pour Lourdes*. Il a été conduit à la gare d'Orléans par son ami Marson..., ancien malade épileptique, guéri et passé dans les divisions de l'hospice, qui disait : « Nicolas est si dévot qu'on lui ferait croire que des vessies sont des lanternes, il reviendra comme il est parti. » Les soins matériels du voyage paraissent avoir été assez bien entendus, à part ce fait que les pèlerins, au sortir de la piscine, étaient obligés de se rhabiller mouillés. A son retour, Dern... a prétendu se trouver mieux portant et plus ingambe, ce que ses camarades contestent... et avec raison.

1er *octobre*.— Depuis qu'il est passé aux vieillards[1], il s'exerce beaucoup plus librement, plus longuement et plus régulièrement que quand il était dans la section, parce que son dortoir est au rez-de-chaussée et qu'il n'est pas obligé de descendre un escalier. Il arrive à faire de longues courses dans Paris, mais, le plus souvent, avec quelqu'un qui pousse son chariot. Il est plus vigoureux; mais ses mouvements chloréiformes sont les mêmes. Quand on le rencontre il soulève sa casquette avec un mouvement saccadé tout spécial. — *Traitement* : continue l'*hydrothérapie;* pluie et jet pendant dix secondes, puis jet en éventail pendant quinze secondes; — exercices du chariot.

22 *novembre*.— Le malade a continué régulièrement les douches; il dit que son *tremblement* diminue et qu'il ne se sabre plus autant en mangeant. Suspension des douches.

1887. — Au commencement de cette année, Dern... était dans un état satisfaisant au point de vue de la santé générale; mais les mouvements spasmodiques persistaient presque aussi intenses. Voici les résultats de notre dernier examen :

[1] Ce passage a eu lieu le 9 novembre 1885. La conduite de D... a toujours été régulière et nous n'avons pas à regretter d'avoir provoqué cette mesure.

Le malade *étant assis* a la tête un peu tendue en arrière, les bras allongés, mais tenus par les mains appuyées sur le ventre; les cuisses rapprochées, les genoux en contact, les jambes rejetées de côté. On note des mouvements des doigts de la main droite, des épaules, de la tête et de la jambe droite. Ces mouvements sont à certains jours beaucoup plus prononcés, plus fréquents que ce matin.

La *physionomie* est un peu niaise et le malade a une tendance très marquée à *rire*: « Parfois..., dit-il, je ne puis pas me... retenir... alors, j'éclate. » Quand il rit, tous les muscles de la face entrent en jeu d'une façon exagérée, la bouche s'ouvre largement, les sillons naso-labiaux se creusent profondément, les plis de la patte d'oie s'accusent fortement et les paupières se ferment presque entièrement.

La *parole* est lente. Il semble qu'il soit obligé de faire un effort pour parler : la lèvre supérieure a des contorsions, elle s'avance parfois, les commissures se tirent : on dirait qu'elle est raide. Parfois aussi, il ouvre la bouche avant de parler. Lorsqu'il parle — un peu à la manière des enfants — les sillons naso-labiaux se creusent, les mots sont d'ordinaire scandés, séparés; quelquefois, il prononce plusieurs mots de suite. *Il ne s'agit pas là de bégaiement.* Dern... prononce toutes les syllabes simples, et cela nettement.

La *langue* ne sort jamais de la bouche involontairement. D... peut la maintenir allongée, sans tremblement durant un assez longtemps, la porter à gauche et à droite ou l'abaisser, mais il ne peut l'élever. Il affirme qu'elle ne roidit pas, qu'elle lui obéit et ne le gêne par aucun mouvement irrégulier.

Plusieurs expériences ont été faites pour étudier la *préhension* et les caractères des *mouvements des bras* dans cet acte. Quand le malade veut saisir un verre, placé sur une table devant lui, les membres supérieurs quittent leur position allongée sur le tronc, s'écartent, s'élèvent et se rapprochent vers le but en exécutant des mouvements choréiformes à large amplitude, tout en se dirigeant vers le verre. Les doigts sont fortement écartés, les pouces étendus. Le verre est saisi vigoureusement d'une part entre le pouce et l'index de la main droite (les trois derniers doigts restant écartés) et d'autre part les trois derniers doigts de la main gauche (le pouce et l'index restant écartés). A partir du moment où D... soulève le verre, il n'y a plus de grands mouvements comme dans la première partie de l'acte, mais seulement de petites oscillations. Il est vrai de dire que, afin de diminuer la distance entre le verre et la bouche, la tête s'est avancée en oscillant.

Quand D... veut *prendre une cuiller*, la main droite décrit des oscillations assez grandes, avec conservation de la direction du mouvement, puis la cuiller étant saisie énergiquement, il la porte à la bouche, le bras n'étant plus animé que de petites oscilla-

tions. Les caractères des mouvements dans ces deux actes doivent être retenus, car ils diffèrent de ceux qu'on observe soit dans la *chorée,* soit dans la *sclérose en plaques.*

Quand le malade *veut se lever* de sa chaise, il garde les bras allongés, les mains restent en contact, il penche le tronc en avant, fait un effort considérable pour se mettre debout, effort accompagné de mouvements athétosiques de la face et des doigts. Dans la *station verticale,* la tête est animée de petites oscillations le tronc se tient à peu près droit, mais les cuisses sont rapprochées, fléchies sur le bassin, et rapprochées de telle sorte que les genoux sont en contact; les jambes très écartées sont fléchies. Si la station verticale persiste — sans soutien — on observe bientôt de petites secousses rappelant celles des pantins à ressort.

Dans la *marche,* D... porte le tronc un peu en arrière et incliné à droite, la tête dans l'extension; le bras droit est accolé au tronc, l'avant-bras très écarté et élevé; le bras gauche est également appliqué le long du thorax et l'avant-bras dirigé en avant; dans cette attitude, les avant-bras jouent le rôle d'un *balancier* afin de maintenir l'équilibre. Quant aux membres inférieurs, ils conservent leur même degré de flexion. Le pied droit n'appuie que sur son tiers antérieur et sa pointe est tournée en dedans; le pied gauche tourné en dehors, porte davantage et il semble que, parfois, le talon touche le sol. Les jambes, surtout la droite sont agitées de quelques mouvements choréiformes qui ne sont en rien comparables aux *mouvements de projection des ataxiques.* La seule analogie consiste en ce que les pieds se soulèvent plus que de raison. Le malade a une légère tendance à s'écarter de la ligne droite et sort quelquefois du tapis, large de 45 centimètres, sur lequel nous le faisons marcher. Tout le corps est roide. Dern... dit qu'il ne peut pas se servir de canne à cause des mouvements de ses doigts. Tandis que seul, sans aucun secours, il ne marche que lentement, dans son chariot, il peut marcher assez vite et faire, comme nous l'avons déjà noté, de longues courses dans les cours ou aux environs de l'hospice, et même loin dans Paris, et cela sans grande fatigue.

Un nouvel examen des *sens spéciaux* confirme ce que nous avons mentionné plus haut et montre qu'il n'y a pas de différence notable entre les deux côtés. Il en est de même de la *sensibilité générale* qui paraît plutôt un peu exagérée : « La moindre des choses qu'on me touche, ça me fait sensation. » Et, de fait, le moindre chatouillement, une piqûre légère, l'excitent et le font rire bruyamment.

Le malade *couché,* on relève les particularités suivantes : La moitié droite du thorax est un peu aplatie, surtout au-dessous de l'omoplate; la colonne dorsale est légèrement incurvée à gauche et en avant, l'épaule gauche est arrondie et plus élevée que la

droite. — Les articulations sont un peu roides, mais s'assouplissent après quelques mouvements. Elles ne sont le siège d'aucun craquement.

La *notion de position* est conservée. — Il n'y a *pas d'épilepsie spinale*. Le *chatouillement de la plante des pieds* produit des mouvements réflexes considérables. La recherche du *réflexe rotulien* est très difficile, car le malade contracte sans cesse ses muscles, et si, pour y parvenir on essaie de distraire son attention, on exagère, au contraire, la contraction des muscles. — Dern... peut toucher avec ses pieds la main de l'observateur sans qu'il y ait *erreur de direction ;* il y a seulement quelques petits mouvements. Il en est de même si on lui fait porter l'un ou l'autre index sur son nez.

La *force musculaire* n'est nullement affaiblie. Il parvient à fléchir les jambes allongées lorsqu'on cherche à s'y opposer. Le dynamomètre Mathieu fort donne pour la main droite 20 et 18 pour la main gauche, résultat en contradiction avec l'examen.

Le malade étant levé, on le fait *marcher pieds nus*. On constate alors que le talon gauche, qui avec les souliers paraissait quelquefois toucher le sol, reste élevé et que les orteils, surtout ceux du pied droit, sont animés de *mouvements d'athétose*. Le *signe de Romberg* n'existe pas : le malade se tient debout et marche aussi bien les yeux bandés que lorsqu'il a les yeux ouverts. Il déclare mieux marcher avec ses souliers que pieds nus.

OBSERVATION II. — *Père très nerveux, sujet à des accidents probablement épileptiques (vertiges procursifs ?) ; fréquents excès de boissons. — Tante paternelle alcoolique et débauchée. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Oncle paternel et deux cousins germains maternels, convulsions. — Un frère, convulsions, arriéré. Deux sœurs mortes de méningite.*

Conception durant l'ivresse. — Premières convulsions prolongées à trois mois, secondes convulsions à trois mois et demi. — Gourmes, étisie, état paralytique, prédominant à droite. — Apparition des grands mouvements spasmodiques à l'occasion des gestes et des mouvements spontanés. — Contractures avec les mouvements provoqués. — Accès de colère. — Bave jusqu'à huit ans. — Impossibilité de marcher, de s'habiller, de parler et de manger seul jusqu'en 1880. — Gâtisme. — Prédominance des mouvements du côté gauche, légèrement plus fort que le droit. — Insuccès de la médication arsénicale. — Susceptible d'éducation, affectueux. — Exercices de marche ; hydrothérapie. — Amélioration progressive. — Il arrive à manger, à marcher dans un chariot, à dire quelques mots. — Guérison du gâtisme.

Lemaig... (Emile-Auguste), né le 18 novembre 1863, est entré à Bicêtre le 16 octobre 1872.

Renseignements fournis par sa mère (24 avril 1882) — *Père*, charretier, mort en 1871 à la Pitié, à la suite d'une fracture de jambe compliquée qui avait nécessité l'amputation. Il était assez grand et gros, faisait, dès l'époque de son ménage (trente et un ans), des *excès de boisson* (vin, eau-de-vie). Il était tous les jours « un peu lancé »; souvent la nuit, il se levait, sa femme lui ouvrait alors la porte, parce qu'une fois il avait sauté par la fenêtre. Il jetait n'importe quel habit sur lui *et se sauvait en courant* (*vertige procursif ?*). Puis, au bout de dix à quinze minutes, il revenait se recoucher sans rien dire. Le lendemain, il ne se rappelait rien. Ceci lui serait arrivé cinq à six fois; d'autres fois, sa femme est parvenue à le retenir. Il était violent, disputeur. « Il m'a battu bien souvent et m'a fait bien du mal ! » Douleurs de tête consécutives aux excès; pas de migraines; pas de maladies de la peau; on ne sait s'il a eu la syphilis; pas d'angines, d'ulcérations, etc.; il fumait très peu. Il n'a pas eu d'autre maladie durant son mariage qu'une affection osseuse, consécutive à sa fracture. Il n'avait pas d'attaque, mais était très nerveux. Il disait que son enfant (notre malade), lui avait emporté sa maladie et qu'il était moins nerveux. — [*Père*, garde champêtre, est mort très âgé; on croit qu'il était sobre. — *Mère*, ménagère, morte de vieillesse. — Deux *frères* : l'un est mort étant soldat, d'un refroidissement, l'autre serait mort des suites d'une maladie vénérienne. — Une *sœur*, fille publique, alcoolique, est morte de la poitrine; elle aurait eu dans son pays, à quinze ans, un enfant qui est venu mort; elle est ensuite venue à Paris « faire la noce; » n'a pas eu d'autres enfants. — Un *oncle* est mort à Bicêtre aux vieillards. Pas d'aliénés, d'épileptiques, etc., dans le reste de la famille.]

Mère, quarante-sept ans, couturière, taille ordinaire, physionomie indifférente, assez intelligente cependant. Elle a perdu son père quand elle avait sept ans : « J'ai été menée à coups de pieds, à coups de poings, chez l'un, chez l'autre, à la campagne où je gardais les bestiaux. » Pas de convulsions dans son enfance, croit-elle. Réglée à douze ou treize ans, mariée à vingt-six, ménopause à quarante-six. Sujette depuis sept à huit ans à des douleurs de tête; pas de migraines; pas d'attaques; n'est pas nerveuse. [*Père*, cultivateur; *excès de boissons*, mort à la suite d'une chute avec fracture de côtes. — *Mère*, morte à soixante-huit ans, « après avoir traîné »; travaillait aux champs, était colère, n'avait pas d'attaques. — *Grands-parents maternels* devenus aveugles à la fin de leur vie; du *côté paternel*, pas de renseignements. — Quatre *frères* vivants et bien portants, qui ont eu deux, six, un et deux enfants, sur la plupart desquels on n'a pas de renseignements. Pourtant l'un de ceux qui sont à Paris est bien portant, mais a eu beaucoup de *convulsions* étant jeune; il a deux enfants qui ont eu des *con-*

vulsions répétées. — Une *sœur*, morte à son retour d'âge, n'avait pas d'attaques. — Point d'épileptiques, d'aliénés, de criminels, etc.]

Pas de consanguinité. — Sept *enfants* : 1° *notre malade*; — 2° garçon, dix-sept ans, cordonnier; a eu des *convulsions internes* dans la première enfance; puis, de trois à quatorze ans, des douleurs de tête sans vomissements, pendant lesquels il devenait « rouge comme un coq ». Intelligence médiocre : « il n'a pas trop de débouchés »; — 3° fille bien conformée, morte à deux mois « d'une espèce de *méningite*, en quinze jours », avec *convulsions internes*; — 5° garçon, treize ans; pas de convulsions; n'est pas fort; mais il est intelligent et très vif; apprend bien; — 5° garçon mort à trois jours on ne sait de quoi, était né à terme; pas de convulsions; — 6° fille morte à quatre ans et demi de *méningite*, avec *convulsions*, en quatorze jours; — 7° fille, morte du croup à trois ans.

Notre malade. Au moment de la *conception*, le mariage datait de 3 mois. Il est probable que le père était *ivre*, car il était surtout porté aux rapports sexuels quand il avait bu. Au point de vue de l'hérédité paternelle, il ne paraît pas y avoir eu d'interposition; « Bien que j'aie eu beaucoup de misères, dit la mère de l'enfant, je n'ai eu que mon mari. » — *Grossesse* bonne, sauf quelques disputes avec son mari à cause de ses excès. Pas de misère exagérée, pas de coups, de peurs, pas d'alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — A la *naissance*, l'enfant avait trois fois le cordon autour du cou; cependant on croit qu'il n'était pas bleu; on ne l'a pas frotté. (Son second enfant avait un circulaire du cordon autour du cou et était cyanosé.) — Elevé au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois. A trois ou quatre mois, *premières convulsions;* jusque-là il était fort et paraissait bien venir. Les convulsions portaient sur les yeux ; on ne peut rien dire des bras ni des jambes. Ces convulsions ont duré huit à dix jours avec des intervalles. Il écumait un peu; le ventre était flasque; « les boyaux tombaient tellement il était faible ». Les *secondes convulsions* sont venues environ quinze jours après; elles ressemblaient aux premières, venaient par intervalles, on ne peut rien dire de l'état des membres. Il refusait le sein et était « tombé en *étisie* ». De six à dix mois, il était si faible qu'il était « comme un enfant mort ». A cette dernière époque, il eut sur la tête des croûtes très abondantes, « comme il n'y en a pas beaucoup ». Elles ont beaucoup suppuré ; cela a duré jusqu'à treize mois. Il a eu au cou des *glandes* qui ne se sont pas abcédées. Jamais d'ophtalmie ni d'otite. « Cette gourme l'a sauvé, mais il est resté décharné comme un vrai squelette jusqu'à trois ans. Je le cachais dans une pelisse parce que je craignais qu'on m'accusât de ne pas le soigner. » *On a essayé de le faire marcher, sans résultat;* on lui donnait des bains de lie de vin, de sel; des bains dans de l'eau de tripes; on

le couchait sur la fougère, etc. Il a commencé vers neuf ans à se traîner par terre, sur le *côté gauche*. Il se servait un peu de la main gauche; par exemple, pour gratter la terre, creuser un trou. La *parole* a toujours été absente, il cherchait à se faire comprendre par signes, par des grognements. La *mémoire* est bonne; il suffit qu'il voie une personne une fois pour se la rappeler, il affectionne sa mère, ses frères; il est caressant. Avant l'entrée à l'hospice, il était emporté, il fallait lui céder. Il ne déchirait pas, n'était ni gourmand ni voleur. Il a *bavé* jusqu'à sept ou huit ans au point qu'il mouillait tout ce qu'il avait devant lui. Pas de succion, de rumination, pas d'onanisme; sommeil bon, pas de cris nocturnes, pas de douleurs de tête appréciables pour les parents. *A partir de l'âge de six mois, il n'aurait plus eu de convulsions.*

Pas de vers; rougeole à cinq ans, pas d'autres fièvres; coqueluche modérée vers huit ans et demi. Depuis son entrée à Bicêtre, il n'aurait pas fait de grandes maladies. Il a toujours été sujet aux engelures et en a eu également ici.

1881. 16 *septembre*. — *Poids*, 40 kilogr. 300. — *Taille*, 1m,45. Cet enfant est gâteux et par conséquent en robe. On le fait manger. Il passe d'habitude son temps couché ou assis sur un fauteuil. Parole et marche nulles. — *Traitement* : toniques; exercices de marche; de plus, on le placera trois fois par jour sur le vase pour le rendre propre.

31 *juillet*. — *Poids*, 41 kilogr. 20. — *Taille*, 1m,50.

1882. 1er *juin*. — *Poids*, 41 kilogr. 20. — *Taille*, 1m,55. — *Traitement* : mêmes exercices que précédemment. *Hydrothérapie* du 1er juillet au 30 octobre: deux de ses camarades le maintiennent sous la douche en le tenant par les bras. — Il s'est amélioré surtout sous le rapport du gâtisme et a été mis en culotte au commencement de l'année.

30 *juin*. — Depuis près de dix mois, il ne lui est arrivé que quelques fois d'uriner dans sa culotte, et alors il en est très vexé. Amour-propre assez développé, très affectueux. On l'exerce tous les jours à marcher et il commence à y arriver en se tenant aux lits. Il est allé au concert le 27, était très heureux, manifestait sa joie par des « hou hou » et essayait d'applaudir. Dans le service, il joue presque le rôle de gendarme et, par ses gestes et ses cris, attire l'attention quand un enfant fait mal. Il mange seul, mais ne peut se servir que de la cuiller qu'il tient de la main gauche. Montre qu'il désire continuer les douches.

Décembre. — *Poids*, 40 kilogr. 70. — *Traitement* : injections hypodermiques de liqueur de Fowler. Cinq gouttes par jour (sol. à 10/10. — 11 *décembre*, six gouttes. — 15 *décembre*, sept gouttes. On augmente quotidiennement la dose et on arrive à onze gouttes

le 28 décembre. Pas de symptômes généraux, pas d'accidents locaux, sauf de petites indurations avec la solution glycérinée.

1883. *Janvier*. — *Poids*, 41 kilogr. 70 ; *taille*, 1m,55.

11 *janvier*. — 4 gouttes de liqueur de Fowler. Ni accidents locaux, ni accidents généraux. Les symptômes choréiformes ne paraissent aucunement modifiés.

16 *février*. — A la suite des injections, il s'est produit trois à quatre noyaux sous-cutanés du volume d'une noisette, à la face postérieure de l'épaule et à la naissance du bras gauche ; ils sont indurés, douloureux et un peu rouges.

1er *mars*. — Les injections ont été continuées à 20 gouttes depuis le 11 février.

12 *mars*. — *Suppression du traitement*, qui n'a produit aucune amélioration.

26 *mai*. — *Dentition*. Mâchoire supérieure, seize dents bien rangées, saines; mâchoire inférieure, treize dents; manquent une molaire droite, deux premières molaires gauches, une molaire droite cariée. Articulations normales; voûte palatine profonde et bien développée; gencives en bon état.

30 *juin*. — *Poids*, 39 kilogr. 60; *taille*, 1m,55. — *Traitement* : Hydrothérapie du 4 mai au 10 novembre. Le malade est arrivé à pouvoir marcher soutenu sous les bras ou en allant de lit en lit.

1884. *Janvier*. — *Poids*, 45 kilogr. 60. — *Taille*, 1m,55.—Hydrothérapie du 1er avril au 11 octobre, et exercices de marche.

1er *juillet*. — On le descend dans la cour tous les jours, *il continue à être propre*. Même état choréique. Il continue à indiquer par signes ce que les autres font, et avertit en cas d'accidents. Il avait pris en affection une personne du service et lui envoyait les fleurs qu'on lui donnait.

Organes génitaux. — Au pénil, poils longs, roux et très fournis. Verge petite, gland découvrable, méat normal, bourses pendantes, testicules peu volumineux. Pas d'onanisme : il proteste énergiquement contre cette allégation ; et dit *non, non*, avec des gestes multipliés.

1884. 4 *août*. — *Etat actuel*. — *Crâne* ovoïde, régulier, paraissant symétrique.

	1884	1887
Circonférence horizontale	0m 54	0m535
Demi-circonférence verticale	—	0, 34
Distance de la racine du nez à la protubérance occipitale externe	—	0, 36
Diamètre antéro-postérieur	0, 18	0, 185
Id. bi-orbitaire	0, 11	0, 12
Id. bi-pariétal	0, 14 1/2	0, 145 1/2
Id. bi-auriculaire	—	0, 135

Face ovale, régulière, symétrique. *Front* moyen, ni saillant, ni fuyant. Arcades orbitaires assez proéminentes, surtout en dehors. Nez droit, moyen, narines très écartées. *Yeux* très fendus, iris gris bleuté, pupilles égales, contractiles; cils et sourcils longs et très abondants, pas de lésions oculaires. Pas de *nystagmus*. — *Oreilles* grandes; bien détachées, peu ourlées; lobule non adhérent. — *Bouche* moyenne, lèvres ordinaires.

Lemai.. contracte souvent sa lèvre supérieure de sorte qu'il s'y forme des plis verticaux sur la ligne médiane et sur les côtés, obliques en dehors et en haut. Parfois il rit bêtement, et pince sa lèvre inférieure entre ses dents. Mâchoires régulières et symétriques. *Cou* assez gros, sans rien de particulier.

Thorax large, bien conformé. Les creux sus et sous-claviculaires sont très accusés. Pas de déformation du rachis. Boutons d'acné en avant et sur les deux tiers supérieurs du dos.

Membres supérieurs assez bien conformés. L'épaule gauche descend beaucoup plus que la droite.Demande-t-on à L... de donner une poignée de main, il y arrive assez facilement de la main gauche. Sa main et ses doigts se mettent alors dans l'extension et l'abduction; et il ne peut rejoindre la main tendue qu'en imprimant à la sienne de légères oscillations. Au repos, la main étant dans l'extension, l'annulaire et le petit doigt sont légèrement fléchis comme dans la rétraction palmaire. Il tend la main gauche le bras fortement tendu, ainsi que l'avant-bras. Quand on écarte de force le pouce de la paume de la main où il est fléchi, cette paume se tourne vers le sol, les doigts fortement étendus. (Planches III et IV.)

Membres inférieurs.— Ils sont égaux et n'offrent aucune déformation.

Le malade étant couché sur son lit, l'*attitude* est la suivante: les cuisses sont légèrement fléchies sur l'abdomen, les genoux rapprochés, les jambes un peu fléchies sur les cuisses; les pointes des pieds fortement portées en dedans se touchent. On ne peut ramener les membres dans l'extension, même avec une certaine force, à cause de la contracture musculaire. Les mouvements, même communiqués, sont impossibles dans les articulations tibio-tarsiennes. Les muscles postérieurs de la jambe sont contracturés. Le second orteil est croisé sur le premier, qu'il déborde même en dedans. Voici les mensurations des membres:

a) Membres supérieurs.

	DROIT	GAUCHE
Circonférence à 10 cent. au-dessous de l'acromion. .	26 1/2	27
— 8 cent. au-dessus de l'épicondyle. .	22	22
— 5 cent. au-dessous	23 1/2	24

b) Membres inférieurs.

	DROIT	GAUCHE
Circonférence au pli fessier.	43	43
— à 10 cent. au-dessus de la rotule . . .	32	32
— à 10 cent. au-dessous.	27	28
— à 8 au-dessus des malléoles.	20	21
	M. DROITE	M. GAUCHE
Dynamomètre Mathieu, moyen	7	15

La *respiration*, la *circulation* et la *digestion* s'exécutent bien. La *vue* et l'*ouïe* sont bonnes ; le *goût* et l'*odorat* sont conservés. Les *réflexes tendineux sont plutôt exagérés*. — *Poids*, 43 kilogr. 50. — *Taille*, 1^m,55.

1885. *Janvier*. — *Poids*, 42 kilogr. 90. — *Taille*, 1^m,55.

17 *juillet*. — Malade tranquille, a fait quelques progrès sous le rapport de la marche, de la préhension, etc.

Puberté. — Moustache fine et blonde, barbe assez abondante au menton et aux deux joues. Poils roux, longs, abondants au pénil. Bourses pendantes. Testicules égaux, du volume d'une petite noix. Verge : circonférence 8 c. et demi ; longueur, 7 c. et demi. Gland en partie découvert, découvrable ; méat normal. Pas d'onanisme.

Poids, 44 kilogr. 700. — *Taille*, 1^m,55. — *Traitement* : hydrothérapie du 4 avril au 24 octobre ; exercices.

1886. *Février*. — *Poids*, 49 kilogr. — *Taille*, 1^m,55.

28 *avril*. — Se porte bien, mange, bien. Reste le plus souvent assis dans un fauteuil, avec des mouvements d'*athétose*, surtout de la main gauche. Il rit facilement, répond par gestes quand on l'interroge et continue à s'exercer à marcher dans la salle.

6 *mai*. — Le malade présente sur chaque second orteil une *ulcération* grande comme une lentille, due probablement à sa chaussure.

14 *mai*. — L... est descendu hier deux heures dans la cour et a marché en se tenant au dos des bancs. Ce matin, à l'infirmerie, nous le faisons marcher pour constater ses progrès sous ce rapport. Il marche en se tenant aux lits ; il rit largement et pousse des grognements continuels pour exprimer son contentement de montrer ce qu'il sait faire. Sa marche est gênée considérablement par les mouvements choréiformes exagérés qui lui font tordre et contracter le tronc, les quatre membres et le cou à chaque pas qu'il fait. Dans la journée, il reste assis sur un fauteuil, les jambes repliées et croisées très fortement l'une sur l'autre. Leur attitude un peu forcée est constante et s'exagère à chaque geste qu'il essaye de faire pour saluer ou essayer de parler quand on s'approche de lui.

23 *juillet.* — Le malade est toujours doux et tranquille, d'un bon caractère. Il continue plus fréquemment qu'autrefois à s'essayer à marcher, soit en se tenant aux lits, soit en poussant le dos d'un fauteuil devant lui. Dans ce cas, tous ses mouvements sont exagérés et provoquent par tout son corps des mouvements réflexes de la plus grande étendue. Quand il veut, par exemple, lever la jambe, elle se plie à angle droit sur la cuisse qui se plie elle-même à angle droit, ou même à angle aigu sur le bassin. L'autre aussi se fléchit en même temps, ce qui rapetisse le malade et lui donne une allure ramassée (PLANCHES III et IV). Mais ce n'est pas tout, les membres supérieurs qu'il étend pour se soutenir aux objets voisins dessinent des mouvements très étendus, les avant-bras se fléchissent sur les bras, les mains s'abattent, grandes ouvertes sur les barreaux des lits, en même temps le tronc et le cou se contournent et les plis de la face, autour de la bouche se tirent, ce qui donne à Lemai.. un aspect grimaçant très marqué. Il rappelle un peu, quand il essaye de marcher, un polichinelle dont on tirerait tous les fils, de façon à mettre ses membres dans des attitudes extrêmes. Au repos, nulle exagération des réflexes; parfois nul mouvement; il reste accroupi dans son fauteuil, les membres fléchis, les doigts fermés. Il comprend ce qu'on lui dit, fait remarquer par ses signes les irrégularités qui se commettent dans la salle. Il essaye de manger seul, avec une cuiller, mais à cause de ses grands mouvements, il répand la moitié du potage. Il s'essaye aussi avec la fourchette et réussit mieux à saisir la viande. Selles régulières, volontaires, tous les matins. Il sait se faire comprendre quand il a besoin d'assistance pour aller au bassin. On le fait descendre tous les jours dans la cour *où il marche à l'aide d'un chariot.* Sa mère a pu le prendre en congé pendant huit jours, ce qui n'avait jamais été possible auparavant.

1er *août.* — *Poids*, 40 kilogr.; *taille,* 1m,55.

1887. 1er *janvier.* — *Poids* : 40 kilogr. 200. — *Taille* : 1m,55.

Puberté. Moustaches blondes rousses, assez fournies, barbe assez abondante ; poils longs, moyennement abondants sous les aisselles, rien au sternum ; trois ou quatre poils aux mamelons. Bourses pendantes, testicules de la dimension d'une grosse noix à droite, d'une petite à gauche. Poils roux, longs, raides, assez abondants sur tout le pénil. Verge : circonférence, 8 centim.; longueur, 8 centim. 5. Gland un peu conique, méat normal. Poils assez abondants sur les cuisses, aux fesses et à l'anus. Quelques poils sur les reins; pas d'onanisme. Il ne gâte plus déjà depuis longtemps. — La *miction* et la *défécation* sont normales.

Le *caractère* de ce malade est toujours doux. Son rire ressemble à un grognement. Sa *parole* se traduit toujours par des éclats de

voix. Quand il veut parler, sa figure se contracte, se tord plus ou moins sur le cou; il hésite comme un bègue et finit par lancer un son ou un mot très bref. C'est ainsi qu'il dit : « Non, merci. Ah ! merde. » Il comprend ce qu'on lui dit : « Où est ton nez ? » Il répond : « Là. » Il désigne parfaitement toutes les parties de son corps. Il est aisé de voir que ce n'est pas un aphasique et que le tétanisme des muscles vocaux qui se produit dès qu'il essaye de proférer un son, est le grand obstacle à sa parole. Il mange généralement seul et assez proprement; mais, pour boire, il est indispensable qu'on l'assiste. Il y a un progrès notable dans les mouvements des jambes; il essaye de s'habiller lui-même, dit : « Attends » à l'infirmier qui veut l'aider. Les mouvements ont un peu diminué d'amplitude, mais ont conservé ce caractère d'être constants, à l'occasion de tout mouvement volontaire ou provoqué, et de tendre à se généraliser, quel que soit le groupe musculaire mis en jeu. Lem.... avance assez bien son chariot. Sa mère le fait sortir tous les deux mois depuis qu'il est habitué au chariot. — Il a pris des douches jusqu'au 31 octobre dernier. En raison de l'amélioration considérable qui s'est produite, nous avons signé le passage de ce malade dans l'une des divisions de l'hospice.

Un nouvel examen de Lem..., fait en même temps et comparativement avec celui de Derno..., nous a permis de vérifier l'exactitude de la description qui précède, et de la rendre plus précise à quelques égards.

Assis, Lem... a les bras allongés sur le devant du tronc et tient sa main droite avec la gauche; la jambe droite est croisée sur la gauche. De temps en temps, on observe des contractions des muscles des membres inférieurs qui sont soulevés, ainsi que les épaules, des mouvements dans les doigts, des grimaces de la face: la bouche paraît serrée, comme s'il y avait une contraction permanente des lèvres qui se plissent parfois; souvent, la bouche se fronce et s'ouvre en cul de poule.

La *physionomie* offre tantôt une expression de niaiserie, tantôt une sorte d'expression d'inquiétude. Lem.... rit très facilement, pour la moindre chose; alors, tous les plis de la face sont très prononcés; la bouche s'ouvre largement, les paupières se ferment en partie et la patte d'oie se creuse, mais un peu moins que chez Derno...

La *parole*, chez lui, est très limitée ; il dit: « Non, papa, maman, merde, salope, couillon. » Il répète devant nous, les trois premiers mots ; nous voulons lui faire répéter les autres, ce qui le contrarie : ses lèvres se serrent l'une contre l'autre, les commissures labiales s'abaissent, le menton se plisse, les yeux s'ouvrent. Il paraît qu'il en est ainsi chaque fois qu'il est contrarié. Lorsque Lem... parle,

la langue reste presque tout le temps contre le plancher buccal et presque toujours, la bouche s'ouvre largement dès que le son est sorti. Si on essaye de lui faire prononcer d'autres syllabes, il dit : « Ia, ia. »

Il allonge la langue, mais il la maintient en appuyant sur elle la lèvre supérieure ; il ne peut la porter à gauche ou à droite, ni en haut. La difficulté de la tenir allongée et libre est due peut-être aux contractions énergiques des muscles de la face qui accompagnent chaque effort. *La langue ne tremble pas.*

La *préhension* présente des particularités qui ont la plus grande similitude avec celles que nous avons relevées chez Derno... Quand Lem... veut *prendre un verre,* les membres supérieurs décrivent de grands mouvements. Le bras droit s'élève, et la main se porte à la hauteur de la tête et un peu en arrière, en même temps que le tronc s'incline à droite et en arrière, le côté gauche se tournant vers l'objet à saisir. Le bras gauche s'allonge et Lem... prend, après avoir exécuté des mouvements choréiformes à amplitude assez larges mais sans déviation du but, le bord du verre entre le pouce et les autres doigts, puis il porte le verre à sa bouche. Dans cette dernière phase de l'acte, les mouvements choréiformes sont très peu prononcés tandis qu'ils l'étaient notablement dans la première phase.

La *préhension de la cuillère* exige les mêmes préparatifs : élévation du bras droit, inclinaison du tronc, etc. ; puis, il saisit la cuillère avec des mouvements choréiformes qui la font quelquefois sauter sur place ; celle-ci étant saisie, après quelques courtes oscillations accompagnant le geste de la remplir, il la porte à la bouche vivement et presque sans tremblement. Une fois l'act exécuté une fois, il le répéte ensuite plus facilement.

Dans l'*acte de se lever de sa chaise*, Lem... penche le tronc en avant, étend fortement les bras dans la même direction ; les cuisses sont rapprochées, les genoux collés, les jambes très écartées, les muscles de la face se convulsent et semblent faire un effort considérable absolument comme chez le malade de la première observation.

Dans la *marche*, qui n'est possible qu'avec un aide, Lem... soulève les pieds plus qu'il n'est nécessaire, appuie le pied gauche sur l'avant-pied et son bord externe ; le pied droit, qui se soulève plus haut que le gauche, appuie sur la pointe et le bord interne. Chez Lem..., les *caractères de la marche* sont absolument semblables à ceux que nous avons constatés chez Derno... avec cette seule différence que la marche est beaucoup plus imparfaite. Sous l'influence des émotions même légères les mouvements des membres et du tronc et les grimaces de la face s'exagèrent à un haut degré.

Les *sens* sont normaux. Lem... paraît connaître les *couleurs*, bien qu'il ne puisse pas les nommer ; il n'y a *pas de nystagmus*, le *réflexe à la lumière* et le *réflexe d'accommodation* sont intacts.

La *sensibilité générale* est conservée dans ses différents modes; la sensibilité au chatouillement est moins exagérée que chez Derno... — La sensibilité des *muqueuses* auriculaire, oculaire et nasale est conservée, mais la sensibilité de la muqueuse palatine paraît *très* obtuse.

L'*examen au lit* permet de constater que le *réflexe rotulien* est conservé des deux côtés, qu'il en est de même de la *force musculaire* et de la *direction des mouvements*, même quand les yeux sont fermés. Ajoutons que le malade a un sentiment exact de la *flexion* et de l'*extension* des membres. — Au *dynamomètre* Mathieu moyen, on trouve 5 des deux côtés.

Dans la *marche à pieds nus,* on constate de nouveau que les pieds s'élèvent outre mesure, que les talons, surtout le droit, ne touchent pas le sol et que les orteils sont animés de *mouvements d'athétose*. La marche ne paraît pas modifiée, lorsque les yeux sont fermés.

Lem... comprend tout ce qu'on lui dit et se rend un compte exact de tout ce qui se fait autour de lui ; il sait très bien différencier ce qui est bien de ce qui est mal, il a une bonne mémoire, il est affectueux et très émotif.

Il nous faut maintenant faire ressortir l'analogie du *début*, des *symptômes* et de la *marche* de la maladie dans nos deux observations.

1° Les phénomènes d'athétose auraient été remarqués dès les premiers jours de la naissance chez D... et ils auraient, par conséquent, une origine intra-utérine; ils sont survenus vers le milieu de la première année chez Lem... à la suite de *convulsions* (trois à six mois).

2° Les *facultés intellectuelles* se sont développées lentement et sont toujours restées au-dessous de la moyenne, surtout chez Lem... Sous ce rapport, ils rentrent l'un et l'autre dans la catégorie des imbéciles. L'imbécillité est toutefois plus prononcée chez Lem... que chez D... ; tous deux ont de la *mémoire* et leur *physionomie* est niaise, mais nullement hébétée. — Ils ont *marché* tardivement, et ce n'est qu'à force d'exercices répétés qu'on est parvenu à ce résultat. Encore ne peuvent-ils le faire que d'une manière imparfaite. Lem... ne s'avance que

soutenu des deux côtés ou à l'aide du chariot. A cet égard, D... l'emporte notablement sur Lem..., car il lui est possible, quoique très lentement et très péniblement, de marcher seul.

La *parole*, réduite à quelques mots chez ce dernier, est, au contraire, développée chez le premier qui est capable d'entretenir une conversation. La voix est nasonnée, gutturale et la parole est scandée; tous les deux sont obligés d'exercer un effort avant de parler. La parole s'accompagne chez tous les deux de contractions et de *contorsions des lèvres* auxquelles prennent part d'autres muscles de la face.

Lorsqu'ils sont *assis*, on observe quelques *mouvements* des membres, de la face ou de la tête. Ces mouvements augmentent lorsqu'ils se mettent *debout*, ce qui exige une violente contraction des muscles, les cuisses se rapprochent, les genoux sont en contact, les jambes très écartées. Dans la *marche* les membres inférieurs sont demi-fléchis, les cuisses toujours rapprochées ainsi que le genou et l'un des membres supérieurs est élevé, servant en quelque sorte de balancier. Les *pieds* se soulèvent parfois plus haut qu'il ne convient et ils ne reposent pas en totalité sur le sol. La marche s'effectue à peu près en ligne droite et se complique presque toujours de *mouvements d'athétose*, qui sont très évidents aux orteils, lorsque les malades marchent pieds nus, ce qu'ils déclarent moins bien faire qu'avec leurs souliers. La marche n'est pas modifiée par l'occlusion des yeux.

La *sensibilité générale*, la *sensibilité spéciale*, la *notion de position*, la *direction des mouvements*, la *force musculaire* sont conservées. Il en est de même du *réflexe à la lumière* et du *réflexe d'accommodation*.

Dans l'*acte de la préhension* (saisir une cuiller ou un verre et les porter à la bouche), la main droite décrit des oscillations assez grandes, avec conservation de la direction du mouvement, l'objet est saisi énergiquement et porté presque sans oscillations jusqu'à la bouche : en un mot, mouvements choréiformes prononcés dans la première partie de l'acte (du point de départ à la préhension de l'objet) et presque nuls dans la seconde (du moment où l'objet est saisi jusqu'à son arrivée à la bouche). Ni l'un ni l'autre de nos malades n'a de *vertiges* et n'offre de *nystagmus*.

La *marche* de l'*athétose double* offre des caractères tout à fait

particuliers. Sous l'influence des exercices musculaires, on parvient d'abord à faire tenir les malades debout, puis à les faire marcher en les soutenant sous les bras, enfin, on perfectionne la marche à l'aide du chariot. Chez nos deux malades nous avons eu recours, en outre, à l'*hydrothérapie*. Il est certain aussi que chez des malades plus jeunes on obtiendrait une amélioration beaucoup plus considérable en y adjoignant la *gymnastique*. Les *facultés intellectuelles* peuvent être également cultivées dans une mesure qui varie avec l'intensité de la maladie, c'est-à-dire le *degré d'imbécillité* ou d'*idiotie*. En résumé, il s'agit là d'une affection susceptible d'être modifiée très avantageusement, mais non d'une maladie qui suit une marche progressivement ascendante du début à la mort.

Les maladies qui paraissent se rapprocher le plus de l'*athétose double*, sont la *sclérose en plaques*, l'*ataxie locomotrice*, l'*ataxie héréditaire* et la *chorée*.

Dans la forme cérébro-spinale de la *sclérose en plaques*, on observe des *troubles de la vue :* diplopie, amblyopie, nystagmus, exagération des réflexes pupillaires sous l'influence de la lumière, qui tous font défaut dans l'athétose double. Les *vertiges*, fréquents dans la dernière maladie, sont absents dans la seconde. Les *troubles psychiques* (hallucinations, délire mélancolique, etc.), l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les *attaques apoplectiformes* qui sont assez fréquentes dans la sclérose en plaques, ne paraissent pas se rencontrer dans l'athétose double.

Les *troubles de la parole* se ressemblent au premier abord. Toutefois, un examen attentif fait bientôt reconnaître des différences. Dans l'athétose double, l'émission des mots s'accompagne de mouvements convulsifs des lèvres et des autres muscles de la face qui n'existent pas, chez les malades atteints de sclérose en plaques et tandis que les troubles de la parole vont en s'aggravant dans la sclérose en plaques, ils restent stationnaires dans l'athétose double. Nous croyons même que chez des sujets jeunes et soumis à des exercices méthodiques, ils pourraient s'atténuer dans une certaine mesure.

Les *symptômes moteurs* sont également très différents. Comparons, par exemple, l'acte de boire ou de porter une cuiller à

la bouche : à partir du début de l'acte, dans la sclérose en plaques, le *tremblement* va sans cesse en augmentant et souvent les malades ne peuvent atteindre le but. Chez nos malades, au contraire, le tremblement parait moins accusé à partir de l'instant où le verre est saisi, jusqu'à son arrivée à la bouche. Enfin, le tremblement s'aggrave de plus en plus à mesure que la sclérose en plaques fait des progrès, tandis qu'il reste le même, ou peut diminuer chez les malades atteints d'athétose double.

Dans la sclérose en plaques, on note au début une *parésie* affectant une seule jambe, puis gagnant l'autre; plus tard une *paraplégie*, qui peut s'améliorer au point de rendre la marche possible, mais qui reparait après une rémission plus ou moins longue, devient alors très prononcée et se complique de *contracture* dans l'extension et souvent d'*épilepsie spinale* (paraplégie spasmodique). Ces phénomènes paralytiques diffèrent trop de ceux que nous avons consignés chez nos malades pour qu'il soit nécessaire d'insister. Enfin, la *marche des deux affections* n'est pas la même; d'une façon générale, la sclérose en plaques tend à s'aggraver de plus en plus pour aboutir, parfois après des *rémissions*, à une issue fatale. Nous avons vu que l'athétose double était au contraire susceptible d'un amendement d'autant plus sérieux que le traitement était institué à une époque plus rapprochée de la période d'invasion de la maladie. Passons maintenant à la comparaison de l'*athétose double* avec l'*ataxie locomotrice*.

Le *début* après vingt ans, les *symptômes oculaires* (diplopie, strabisme, amaurose, induration grise, inégalité des pupilles), les *douleurs fulgurantes*, les plaques anesthésiques ou hyperesthésiques, la perte de notion de la position des membres et de la résistance du sol, la difficulté ou l'impossibilité de se tenir debout dans l'obscurité complète ou quand les yeux sont fermés, qui caractérisent l'*ataxie locomotrice* manquent tous dans l'*athétose double*.

L'*incoordination motrice tabétique* ne ressemble pas à l'incoordination athétosique : en ce qui concerne les membres inférieurs, si l'athétosique et l'ataxique soulèvent les pieds plus qu'il ne convient, l'athétosique ne projette pas brusquement ses jambes de côté à l'instar d'un polichinelle et ne s'écarte pas de la ligne droite comme l'ataxique. Quant à

l'incoordination motrice des membres supérieurs chez l'ataxique elle se distingue de l'incoordination athétosique en ce que le désordre moteur est de plus en plus marqué à mesure que l'index, par exemple, se rapproche du nez, et que l'occlusion des yeux l'exagère considérablement, tandis que chez l'athétosique le tremblement ne va pas en s'accroissant du point de départ au but, qui est toujours atteint et que l'occlusion des yeux n'a pas d'influence.

On n'a pas encore observé, que nous sachions, dans l'athétose les *troubles viscéraux* (crises gastriques, laryngées, néphrétiques, vésicales, parésie vésicale, cystite), les *troubles trophiques* (arthropathies, fractures, atrophie musculaire, eschares) qui compliquent si souvent l'ataxie locomotrice. Enfin la *marche* des deux maladies ne présente aucune analogie.

Dans l'*ataxie héréditaire*, maladie de la puberté et non de la première enfance, les troubles moteurs, qui ont le caractère ataxique et ne s'observent, au moins durant longtemps, qu'à l'occasion des mouvements, débutent par les jambes envahissent plus tard les membres supérieurs et vont en augmentant progressivement. La marche, peu modifiée à l'origine, devient de plus en plus difficile ; au bout d'un certain temps, la station debout et la déambulation avec les yeux fermés ne sont plus possibles et enfin, aux périodes les plus avancées, la force musculaire s'affaiblit et les malades demeurent confinés au lit (paraplégie). Dans l'athétose double, même au repos, on note des mouvements des doigts, des orteils, de la face, etc. ; les désordres de la motilité sont généralisés ; la marche s'améliore et n'est pas modifiée par l'occlusion des yeux.

Les troubles de la *parole* qu'on remarque chez les athétosiques dès qu'ils commencent à parler ne se manifestent qu'un temps assez long après l'apparition de l'incoordination motrice chez les malades atteints d'ataxie héréditaire. On voit enfin se produire, chez eux, des vertiges, du nystagmus et des douleurs fulgurantes, symptômes qui ne se montrent pas chez les athétosiques. Disons enfin que l'évolution de l'ataxie héréditaire, si elle est lente, n'en est pas moins fatalement progressive[1].

[1] Consulter sur ce sujet, Brousse : *De l'ataxie héréditaire* (maladie de Friedreich), 1882. — Ch. Féré : *Progrès médical*, 1882. (Bibliographie détaillée).— J.-M. Charcot : *Gaz. des hôpitaux*, 1884, et *Progrès médical*, 1887, 2e série, t. V, p. 453, — Voir aussi dans les *Archives de Neuro-*

Il ne nous reste plus qu'à établir le diagnostic différentiel entre la chorée et l'athétose double. La *chorée vulgaire* est exceptionnelle avant l'âge de six ans; le plus souvent, à l'origine, elle est limitée à une partie du corps, surtout au côté gauche, elle se généralise ensuite plus ou moins rapidement; dans l'athétose double le tremblement paraît atteindre son maximum d'intensité et d'étendue dès le début.

A la période d'état, le choréique est agité par les mouvements les plus désordonnés. Assis, il porte brusquement la tête de tous côtés, grimace étrangement, ouvre ou ferme convulsivement la bouche qui est tirée en divers sens, allonge la langue malgré lui, fléchit et détend violemment les bras ou les jambes et souvent glisse de sa chaise. La brusquerie et l'étendue des mouvements du choréique, diffèrent tout à fait des mouvements lents et circonscrits que l'on observe dans la situation assise chez les athétosiques.

Debout ou dans la marche, l'agitation est encore plus prononcée : le choréique fléchit subitement tantôt sur une jambe tantôt sur l'autre; il est projeté de côté, en avant ou en arrière, se cogne contre les objets environnants, se contusionne, soit dans ses mouvements incohérents, contradictoires et illogiques, soit dans ses chutes répétées.

L'athétosique est en quelque sorte maître de sa langue, qu'il ne mord pas, qu'il peut porter dans tous les sens et maintenir hors de la bouche. Il n'en est pas de même du choréique, dont la langue sort ou rentre, se porte à droite au lieu de se porter à gauche quoiqu'il fasse pour la diriger, et qui est souvent blessée par le rapprochement intempestif des mâchoires.

Dans les actes intentionnels du choréique, des gesticulations violentes, contradictoires, troublent la direction générale du mouvement et font manquer le but, tandis que chez l'athétosique la direction générale du mouvement est conservée.

Les troubles cardiaques, la diathèse rhumatismale, si communs dans la chorée vulgaire, nous semblent manquer dans l'athétose double. Enfin la chorée, si elle affaiblit un peu l'intelligence des enfants ou des adolescents, qu'elle fait parfois revenir

logic l'analyse des travaux de Schmid (t. I, p. 695), Gowers (t. IV, p. 90), Hammond (t. V, p. 117), et l'observation de M. P. Blocq (t. XIII, p. 217); le mémoire très intéressant de M. P. Marie sur la *Sclérose en plaques chez les enfants* (*Revue de médecine*) et enfin la thèse de M. de Souza : *Estudo clinico da ataxia hededitaria de Friedreich*. Rio de Janeiro, 1888 (112 cas).

en arrière, elle ne coexiste pas avec l'imbécillité ou l'idiotie.

La *marche* des deux maladies n'est pas non plus comparable. Le tremblement reste à peu près toujours le même chez l'athétosique; il offre, au contraire, des exacerbations et des rémissions chez le choréique, présente une période d'aggravation progressive, une période d'état, puis décroît avec une plus ou moins grande rapidité.

La *chorée rhythmée*, caractérisée aussi par des mouvements involontaires, impulsifs, cadencés, se reproduisant suivant un rhythme régulier, imitant certains mouvements d'expression, tels que ceux de la danse, ou bien certains actes professionnels, comme les mouvements des rameurs ou des forgerons [1], et liée d'ordinaire à l'hystérie, diffère trop de l'athétose double pour qu'il soit utile d'établir un parallèle minutieux entre les deux affections.

Là se terminent les considérations que nous avons à présenter à propos de nos deux malades. De nouvelles observations nous fourniront prochainement l'occasion de revenir sur ce sujet encore peu connu [2].

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 220, et t. III, p. 216.

[2] Consulter : Clay Shaw. — *On athetosis or imbecillity with ataxia* (*St Bartholomew's Hospital Reports*, vol. IX, p. 130, 1873); — Oulmont, *Etude clinique snr l'athétose*, 1878; — Clifford-Albutt (*Med. Timers and Gazette*, 1872); — Purdon, *British med. Journ.*, 1873; — Kurella, *Athetose bilaterale* (*Centralblatt f. Nervenheilkunde*, *Psychiatrie*, sc., juillet 1887, p. 366); — Richardière, thèse de Paris, 1886; — P. Blocq et E. Blin, *Note sur un cas d'athétose double* (*Revue de médecine*, 1888, p. 10).

III.

De la Température centrale dans l'épilepsie;

Par BOURNEVILLE.

Les recherches que nous avons entreprises autrefois[1] sur les modifications de la température sous l'influence des *accès isolés d'épilepsie*, des *accès sériels* et des *accès subintrants*, nous avaient amené à poser un certain nombre de règles générales dont notre maître M. Charcot avait pu constater l'exactitude et qu'il avait rendues en quelque sorte classiques par son enseignement. Ces règles ont été contestées récemment par un auteur allemand, M. Witkowski[2].

« De *hautes températures,* dit-il, s'observent assez souvent chez les épileptiques dans des circonstances où, en dehors de la névrose, on ne peut constater aucune autre cause de fièvre. C'est là un fait qui, jusqu'à présent, a trouvé peu d'accès dans le bagage scientifique général du médecin.

« Et cependant ce fait mérite qu'on y consacre toute son attention. Et cela non seulement parce que, le sachant, le médecin devient capable d'interpréter, avec toute l'exactitude désirable, bien des hyperthermies, demeurées jusque-là énigmatiques et par suite d'en tirer des conclusions diagnostiques et thérapeutiques légitimes, mais encore parce qu'il fournit des indications pronostiques dont l'appréciation permet au praticien de prédire, en pré-

[1] *Bulletin de la Société anatomique,* mars 1869, p. 152. — *Revue photographique des hôpitaux*, 1869, p. 153, 161. — *Études de thermométrie clinique dans l'hémorrhagie cérébrale et dans quelques maladies de l'encéphale.* Paris, 1870. — *Etudes clin. et thermométrique sur les maladies du système nerveux*, 1872-1873. — *Recherches clin. et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie.* Paris, 1876, p. 1 à 14 et 91 à 98, etc. — *De l'Etat de mal épileptique* (thèse Leroy). Paris, 1880.

[2] *Berliner Klin. Wochenschrift*, n[os] 43 et 44, oct. 1886.

sence de certains processus, avec toute la certitude et toute la circonspection qu'exige la situation devant le public. Aucun des traités de pathologie, de neurologie, de psychiatrie parus, certes, en abondante quantité, dans ces dernières années n'a traité la question et d'une manière absolument satisfaisante...[1] *Si l'on a négligé ce sujet,* ajoute-t-il, *la faute en est en partie probablement aux indications exagérées des auteurs français et en particulier à l'école de Charcot, prétendant que tout accès d'épilepsie parfait s'accompagne d'une hyperthermie d'un degré centigrade et plus.* Il y a longtemps que, de concert avec d'autres, j'ai reconnu que cette assertion est erronée. Comparées aux mensurations thermiques extrêmement nombreuses que, depuis des années, j'ai recueillies sans interruption, les recherches de la Salpêtrière, fort clairsemées d'après les indications mêmes de Bourneville, ne sauraient entrer en ligne de compte, *et l'on doit rattacher à des conditions exceptionnelles* ceux des résultats qui pouvaient passer pour positifs, si tant est qu'on soit autorisé à donner ce nom à des formules représentant bien moins la règle, la généralité des cas que l'on devait être tenté de le conclure des argumentations de Bourneville. Or, non seulement chaque accès pris individuellement n'exerce généralement aucune action sur la température du corps du patient, mais les séries d'accès répétés, dont cependant les effets, devraient s'additionner, peuvent évoluer sans déterminer de fièvre, surtout lorsque leur chiffre n'est pas élevé et que le trouble de la connaissance n'est ni profond ni prolongé. Sans doute l'expérience enseigne que dans les accès accumulés la température affecte la plupart du temps, une allure proportionnelle à leur nombre. C'est ainsi qu'on arrive, en prenant régulièrement et à plusieurs reprises la température à de courts intervalles de temps, à constater que d'accès en accès la chaleur produite s'accroît avec une uniformité parfaite d'environ deux à cinq dixièmes de degré. Mais il n'y a pas là de rapport absolument nécessaire. Car, ainsi que nous venons de le dire, dans d'autres petites séries d'accès la fièvre fait complètement défaut ou bien, le nombre des accès étant faible, on constate une fièvre élevée tout à fait hors de proportion avec l'intensité

1 M. Witkowski nous semble trop s'avancer sur ce point. En effet nous pouvons citer, sans recherches laborieuses, un certain nombre de traités dont les auteurs ont parlé de la température chez les épileptiques : Seguin (E.). — *Medical Thermometry.* New-York, 1876, p. 226. — Rosenthal. — *Traité cliniq. des mal. nerveuses,* trad. Lubanski. Paris, 1877, p. 533. — Laveran et Teissier. — *Nouv. élém. de pathol. et de clin. méd.,* 1879, p. 63. — Axenfeld et Huchard. — *Traité pratique des maladies du système nerveux,* 2e édit. Paris, 1883, p. 782. — Gowers (W.-R.). — *De l'épilepsie et autres maladies convulsives chron.,* trad. Carrier. Paris, 1883, p. 168. — Grasset. — *Traité prat. des maladies du syst. nerv.,* 3e édition. Montpellier et Paris, 1886, p. 1072; etc.

des accès, fièvre qui peut mêmer accompagner un état purement comateux radicalement dépourvu de phénomènes convulsifs ressemblant à un accès, ou bien enfin la fièvre en question se sépare nettement d'une façon bien déterminée, quant au moment auquel elle survient, des accès d'épilepsie, s'installant quelques heures ou quelques jours avant ou après les accidents convulsifs.

Après avoir affirmé que la « doctrine » de l'École de la Salpêtrière « doit être tenue pour inexacte en tant que loi générale », M. Witkowski déclare qu'il va « rechercher les lois qui commandent aux hyperthermies de l'épilepsie » :

« L'expérience, dit-il, nous apprend qu'abstraction faite naturellement des complications assez fréquentes, il ne survient chez les épileptiques de fièvre notable que dans des circonstances tout à fait déterminées et que cette fièvre se rattache à des règles qu'il est possible dès maintenant de fixer avec une certitude suffisante pour fournir du premier coup au jugement et à l'instruction du médecin des jalons solides... »

Nous nous bornons pour le moment à ces citations qui indiquent nettement les idées de l'auteur se résumant en ceci : les accès isolés d'épilepsie, les accès survenant par petites séries ne produisent pas une élévation de la température ; les accès accumulés — que nous désignons en France sous le nom d'*État de mal* — déterminent une élévation de la température proportionnelle à leur nombre. Nous allons démontrer que sur les deux premiers points les opinions de l'auteur sont erronées et que sur le troisième il ne fait que confirmer la loi que nous avons posée sur l'élévation considérable de la température dans *l'état de mal épileptique*. Toutefois, avant d'aborder l'exposé de faits observés avec soin, qu'il nous soit permis d'exprimer le regret que M. Witkowski n'ait pas cité les noms des auteurs qui « de concert » avec lui contestent l'enseignement de la Salpêtrière, ni ceux qui ont contribué à faire l'expérience que nous possédons aujourd'hui sur les hyperthermies dans l'épilepsie et surtout qu'il n'ait pas fait précéder ses assertions générales de quelques-unes « de ses extrêmement nombreuses mensurations thermiques ».

I. DE LA TEMPÉRATURE DANS LES ACCÈS ISOLÉS D'ÉPILEPSIE.

Dans nos premiers travaux sur la température des épileptiques (1869-1873), nous n'avions mentionné sur ce point particulier qu'un petit nombre d'expériences : ce sont celles-là seu-

lement que paraît connaître M. Witkowski. Depuis, nous avons consigné un grand nombre de renseignements thermométriques concernant l'épilepsie soit dans nos publications personnelles, soit dans celles de nos élèves [1]. Il paraît que M. Witkowski les ignore. Si, dans ces dernières années, nous n'avons pas fait connaître les faits que nous avons rassemblés, c'est qu'ils confirmaient entièrement les données antérieures ; c'est que notre éminent maître M. Charcot y est revenu maintes fois dans ses leçons. Afin de donner une première satisfaction à notre contradicteur, nous avons publié dans le *Progrès Médical* (1886, n[os] 48 et 49) une série d'explorations thermométriques faites sur 64 malades. Chez *soixante* d'entre eux, nous avons observé une élévation de la température sous l'influence de l'accès épileptique. Pouvant nous étendre ici plus longuement sur ce sujet, qui relève de la neurologie, nous allons donner un tableau résumant plus de 360 explorations faites sur cent neuf autres malades. Après cela, M. Witkowski sera peut-être satisfait. En tout cas, nos lecteurs verront qu'ils n'ont pas eu tort d'accorder dans l'espèce, comme toujours, leur confiance aux enseignements de l'École de la Salpêtrière.

NOMS des MALADES	TEMPÉRATURE			OBSERVATIONS
	AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	
Baloss	38°,4	38°,3	37°,7	
Barat	37,8	37,6	37	
Bellar	38,1	38,1	38	
Bethfo.	37,3	37,3	37,1	
Bellar	38,2	36,6	37,9	
Blan.	37	37	36,8	
Blande.	37,6	37,6	37	
Boher	37,3	37,2	37	
Bonnar. . . .	37	36,9	36,8	
Bonne	38,2	38	37,8	
Bru	39	38,8	38	T. 4 h. après : 37° 5; le lendemain mat., 16 h. apr. : 37°6.

[1] Voir, outre les travaux déjà cités, les *Comptes rendus du service des Epileptiques* (adultes et enfants) de Bicêtre, 1880-1886, et les thèses de MM. Hublé, Bricon, Séglas, Morlot, Wuillamier.

NOMS des MALADES	TEMPÉRATURE AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	OBSERVATIONS
Boulang	38	36°,7	36°,6	
Camu	37,5	37,2	37,4	
Canue	37,6	37,6	37,5	Accès très modérés.
Carli.	38,6	38	37	
Caro.	36,8	36,7	36,4	
Cassaign. . . .	36,9	36,7	36,5	Epilepsie jacksonienne.
Cazea	38	37,9	37,6	Accès violent.
Chevalie	38	37,8	37,4	
Chique.	37,6	37,4	37,2	
Danie	38,4	38,2	37,8	
Debarg. . . .	37,8	37,6	36,5	
Defarc	37,4	37,3	37,1	
	37,4	37,2	37	
Desaut.	37,4	37,3	37,1	
Dine.	37,3	37,2	36,7	
Dogo.	37,4	37,4	37,3	
Dorla	37,9	37,7	37,1	
Dubreui . . .	37,2	37	36,9	
Engel	37,8	37,3	36,9	
Faito	37,4	37,4	37,2	
Farau	38,2	37	37,8	
Feli	37,4	37,3	36,2	
Ferr	37,5	37,4	37,3	
Françoi . . .	37,6	37,5	37,3	
Gagnepa. . . .	38,2	38	37,8	
Georges	38,2	38	37,8	
Gérar	37,8	37,6	37,6	
Germon	38	»	37,6	T. 4 h. après : 37°,5 et 16 h. après : 37°,2.
Goy	38,4	38,4	37,8	
Grandidi. . . .	36,7	36,7	36,5	Accès léger.
Grégoi.	37,1	37	36,8	
Guyot	38,6	»	»	T. 12 h. après : 38°,2 et 24 h. après : 38°2.
Héber	38°8	38°	37,2	
Hérar	37	»	36,8	Agitation passagère après l'accès.
Hunsick	38,6	38	38,2	
Jacob	37,3	37,2	36,9	
Jeuness	38	37,7	37,2	
Joliat	37,1	37	36,8	
Jourda.	37,2	37,1	37	
Lacroi	37,5	37,4	37,2	

NOMS des MALADES	TEMPÉRATURE			OBSERVATIONS
	AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	
Lamouch. . . .	37°,2	37°,2	36°,7	
Lecorn.	37,3	37,2	37,2	
Ledoux	37,8	37,6	36,4	
Lega.	38,2	38	38	
Lepelletie . . .	37,2	37,2	37,1	
Leterm.	36,9	36,8	36,7	
Lév	37	37	36,9	
Longea.	38,4	38,3	37,8	Accès violent.
	37,4	37,4	37,3	
Luca	37,8	37,4	37,4	
Malle	37,8	37,8	37,1	
Marqu.	38,1	37,6	37,9	
Matho.	37	»	36,9	
Maudu.	38	37,8	37,4	
Miche	38,4	38	38	
Mico.	38	37,8	37,6	
Migeo	37,8	37,8	37,6	
Narjo	37,2	37,2	37	
Olivi.	37,2	37,1	36,9	
Morea	38,1	37,9	37,5	
Papo.	38	»	36,9	
Remelin. . . .	37,8	37,5	37,4	
Rémy	38,4	38,2	38,2	
	38	37,8	37,2	
Rent.	38,2	38,2	38	
Richalb	37,7	37,6	37,6	
Robi.	36,9	»	36,7	
Rou	37,6	37,4	37,4	
Salmo.	38,2	37,6	37,4	
Souquière . . .	36,8	»	36,7	Accès léger.
	37,8	37,7	37,5	Accès assez violent.
Servi	37,3	37,3	37	
Thir.	37,9	37,7	37,4	
Vanderhaeg . .	38	37,8	37,6	6 vertiges en dix minutes avant l'accès.
Vulce	38	38	37,8	

Dans les quatre-vingt-deux cas qui précèdent, la température a subi, du fait de l'accès épileptique, une augmentation immédiate, ainsi que cela est la règle.

Chez vingt-sept malades nous avons noté des exceptions, qui doivent être divisées en deux catégories : dans la première, se rapportant à 14 malades, l'élévation de la température ne s'est produite *qu'un quart d'heure après la fin de l'accès;* — dans la seconde catégorie, n'embrassant que 13 malades, la température a offert plusieurs irrégularités sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

Voici d'abord le tableau des cas de la première catégorie :

NOMS	TEMPÉRATURE			OBSERVATIONS
	AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	
Ambla.	38° 37,6	39° 37,4	37°,8 37,2	Le soir, 13 h. après : 36°,8; le lendemain matin (21 h. après) : 37°,4.
Bompa.	37,4	37,6	37,2	
Braba	36,6	36,7	36,5	
Chrétie	37,8	38,2	38	
Foube.	38	38,2	37	
Gastebl	38,6	38,8	37,8	T. 9 h. après : 36°,5 et 21 h. après : 37°,8.
Hamèsc	38,4	39	38,6	
Hazter.	37,8	38	37,6	T. 14 h. après : 38°,8 et 26 h. après : 37°,4.
Jeanno.	37,5	37,6	37,1	
Lebru (E.) . .	38	38,2	37,6	
Letale.	38	38,2	38	
Pino.	38	38,2	38	
Souloru . . .	38,8	38	37,6	
Vene	39	38,4	38	

Comme on le voit, chez les malades qui composent ce tableau l'accès épileptique a déterminé une *élévation de la température* qui, pour avoir été un peu plus tardive, n'en est pas moins réelle ; aussi s'agit-il ici plutôt d'une *irrégularité* que d'une *exception.*

Passons maintenant aux cas de la seconde catégorie.

NOMS	TEMPÉRATURE			OBSERVATIONS
	AU MOMENT DE LA PÉRIODE DE STERTOR	UN QUART D'HEURE APRÈS L'ACCÈS	DEUX HEURES APRÈS L'ACCÈS	
Barb.	37°	37°	37°,6	Cyanose très prononcée.
Bordelo	37,2	37	37,2	
Dartier.	37,2	37,7	38	[1] T. R. matin : 37°,2 ; — soir : 37°,6.
Decoudu. . . .	36,6	»	36,7	
Girardo	38,4 37,8	38,2 37,8	38,4 37,6	T. 9. h. après : 37°,3 et 21 h. après ; 37°,8.
Klein	37,4 36,2	37,4 36,4	37,8 37,2	
Lapeyron . . .	38,4	38,6	38,6	T. 4 h. après : 37° et 16 h. après : 37°,2.
Lavern.	37,4 38	37,2 37,5	37,5 37,4	
Lebru (L.) . . .	38.2 37,8	37,6 37,8	38,2 37,6	T. 7 h. après : 37° et 16 h. après · 37°,2.
Pinta	38 37,5	37,8 37,5	38,2 37,2	T. R. matin : 37°,8 ; — soir : 37°,6.
Souto.	37,6 37,4 37	37,4 37,4 37	38 37,8 37,4	[2] T. R. matin : 37°,2 : — soir : 37°.
Wathie	37,4	37,3	37,6	[3] T. R. matin et soir : 38°.
Jacq	38,4 38,2	38,4 38	38,8 38,2	T. R. matin : 37°,6 ; — soir : 37°,4.

Ces cas sont plus complexes que tous les précédents. Dans la plupart, la température était plus élevée deux heures après l'accès qu'à la fin même de la crise ; parfois, la température restait au même degré à ces deux moments, après avoir présenté une *diminution* au moment intermédiaire que nous avons choisi, c'est-à-dire un quart d'heure après la terminaison de l'accès.

De *nouvelles explorations* nous ont donné des résultats en conformité avec la règle générale, chez Girardo..., Lavern..., Lebr... (L.), Pinta... ; chez d'autres, au contraire, la tempé-

[1] Un autre jour, chez Dartiè..., nous avons trouvé, avec le même thermomètre, 37° et 37°,5.

[2] Un autre jour : 37° matin et soir.

[3] Un autre jour, matin : 38° ; — soir : 38°,3.

rature a fourni des résultats semblables à ceux qui avaient été précédemment obtenus, par exemple chez Kle..., Souto... Faut-il considérer ces faits comme des *exceptions* ou seulement, de même que ceux du précédent tableau, comme des *irrégularités?* Nous inclinerions volontiers vers cette seconde interprétation. Et ce qui nous y engage, c'est que chaque fois que nous avons pris la température en dehors des accès, le matin et le soir, nous avons enregistré des températures normales et, par conséquent inférieures aux températures maxima consécutives aux crises convulsives, ainsi que le montrent les notes de la colonne des observations.

En nous appuyant sur tous ces faits, nous sommes donc en droit de maintenir nos conclusions anciennes : 1° *les* ACCÈS ISOLÉS *d'épilepsie augmentent la température centrale ;* — 2° *cette augmentation varie entre un dixième de degré et un degré et demi, quelquefois davantage ; elle est en moyenne de 5 à 6 dixièmes de degré*[1].

[1] Nous n'avons pu terminer ce travail dans le courant de l'année 1887. Nous espérons pouvoir le faire prochainement et rapporter un certain nombre de faits relatifs à la *température dans les accès sériels d'épilepsie* et dans l'*état de mal épileptique*. Ils ne feront d'ailleurs que confirmer nos conclusions anciennes. (Voir *Compte rendu de Bicêtre pour* 1886, p. 231 à 250.) En ce qui concerne l'*état de mal*, le lecteur trouvera aux pages 102 et 110 de ce *Compte rendu* une observation très intéressante avec deux *tracés thermométriques* types. — Nous devons signaler aussi une note de M. le Dr Lemoine, sur la *Température dans les accès isolés d'épilepsie*, reposant sur 182 cas, qui viennent également à l'appui de nos conclusions. (*Progrès médical*, 1888, t. VII; p. 84).

IV.

Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques ;

Par BOURNEVILLE et SOLLIER.

En recherchant les anomalies des organes génitaux que présentent les idiots avec ou sans épilepsie, nous n'avons pas la prétention de signaler un fait nouveau et que tous ceux qui se sont occupés des dégénérés connaissent bien. Mais avec quelle fréquence ces anomalies se présentent-elles, quelles sont celles qui sont prédominantes ? voilà ce qu'il nous a paru intéressant de rechercher. Nos observations, tout à fait personnelles, ont porté sur 728 idiots ou épileptiques plus ou moins imbéciles ou déments, du service des Enfants de Bicêtre.

Pour plus de simplicité, nous avons dressé les deux tableaux ci-après, nous réservant de tirer ensuite les conclusions qu'ils comportent. Dans le premier, nous avons rangé les idiots, ayant atteint l'âge de la puberté; dans le second, ceux au-dessous de cet âge, c'est-à-dire 13 ans environ. Dans chacun des deux, nous avons placé les idiots d'abord, les épileptiques ensuite. Empressons-nous de dire que l'époque que nous assignons à la puberté est celle des individus normaux et n'est nullement applicable à la plupart des idiots. Chez ceux-ci, en effet, on observe très fréquemment un retard quelquefois considérable dans leur évolution sexuelle. Ce retard de la puberté pourrait presque figurer à côté des anomalies des organes génitaux, mais il touche plus à la physiologie qu'à l'anatomie et nous voulons nous occuper exclusivement ici de l'état anatomique de l'appareil sexuel mâle chez les dégénérés.

Numéros.	Nor[illegible]	Ectopie double.	Hernies.	Anomalies de la verge.	OBSERVATIONS.
89	Lacro...	—	—	—	Le testicule gauche est gros comme un œuf de poule et le droit comme un œuf de pigeon.
90	Lamon...	—	—	—	—
91	Math....	—	—	—	—
92	Monneh.	—	—	—	—
93	Janss...	—	—	—	—
94	Dara....	—	—	—	—
95	Lelon...	—	—	—	Varicocèle prononcé des deux côtés.
96	Riott....	—	d	—	Hernie inguinale.
97	Salana....	—	—	—	—
98	Tribou. .	—	—	—	—
99	Vautie....	—	—	—	—
100	Segui...	—	d	—	—
10[illegible]	[illegible]	E	—	—	—
[illegible]	[illegible]	—	—	—	—
[illegible]	[illegible]	—	—	—	Varicocèle double.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	—	—
10[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	—	—
106	[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	—
107	[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	—
108	V[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	—
109	Bou[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	—
110	Bill...	[illegible]	[illegible]	—	—
111	Ben...	[illegible]	[illegible]	[illegible]	—
112	Cabo....	[illegible]	[illegible]	[illegible]	—
113	Chiq....	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Le prépuce [illegible]ièrement [illegible]
114	Chrét...	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]erge [illegible]
115	Girar...	—	[illegible]	[illegible]	[illegible]
116	Gui...	—	[illegible]	[illegible]	[illegible]
117	Cress...	—	[illegible]	[illegible]	[illegible]
118	Halb...	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
119	Mona...	E	—	[illegible]	[illegible]
120	Lavi...	—	—	[illegible]	[illegible]
121	Lefeb...	—	—	[illegible]	[illegible]
122	Mérit.	—	—	[illegible]	[illegible]
123	Mett ...	—	—	[illegible]	[illegible]
124	Reg...	—	—	—	[illegible]
125	Ren...	—	—	—	[illegible]
126	Mor...	—	—	—	[illegible]
127	Crép....	E	—	—	[illegible]
120	Le Ro....	—	—	—	[illegible]
129	Bout....	—	—	—	[illegible]
130	Taes....	E	—	—	[illegible]

Suivant que l'anomalie est légère, ou, au contraire, très marquée, nous nous sommes servis, dans nos tableaux, de petites lettres ou de majuscules. Quant aux degrés d'atrophie que présente le testicule chez beaucoup de ces sujets, nous avons été obligés de recourir à des comparaisons approximatives, telles que des pois, des noisettes, quoique ces comparaisons vulgaires ne nous satisfassent qu'imparfaitement.

Nos recherches ont porté sur 728 sujets qui peuvent être rangés dans les catégories suivantes :

A. Sujets au dessus de 13 ans.
1° 172 idiots, imbéciles ou débiles sans épilepsie.
2° 333 — — — avec épilepsie.
B. Sujets au dessous de 13 ans.
3° 164 idiots, imbéciles ou débiles sans épilepsie.
4° 59 — — — avec épilepsie.

Les anomalies qu'ils présentent sont de divers ordres : *phimosis*, *hypospadias*, *varicocèle*, *arrêts de développement* ou *atrophie* d'un ou deux testicules, *ectopie unilatérale* ou *bilatérale des testicules*, auxquelles on peut ajouter les *hernies*, rares, du reste, et certaines particularités que présente la conformation de la *verge*. Cette dernière offre, en effet, dans un certain nombre de cas, une forme toute spéciale que nous ne pouvons mieux comparer qu'à un *battant de cloche* ou à une *massue* et dont le dessin, qui se rapporte à un de nos sujets, donnera mieux l'idée que ce que nous en pourrions dire. En peu de mots, elle est constituée par un développement exagéré du gland par rapport à la verge (*Fig.* 5).

On trouve aussi quelquefois un *méat urinaire* formé d'un orifice circulaire, punctiforme même et situé juste au centre du gland. Nous avons noté ces particularités dans la colonne *Observations*. Il nous est impossible dans les cas où le testicule présente une petitesse extrême, de dire s'il y a eu atrophie ou arrêt de développement. Quoique nous nous arrêtions de préférence à cette

dernière opinion, il faudrait avoir suivi depuis leur jeunesse ces enfants pour pouvoir l'affirmer.

Afin de se rendre compte de la fréquence considérable des anomalies chez les idiots et les épileptiques, il est nécessaire de connaître leur fréquence chez les individus normalement conformés au point de vue intellectuel.

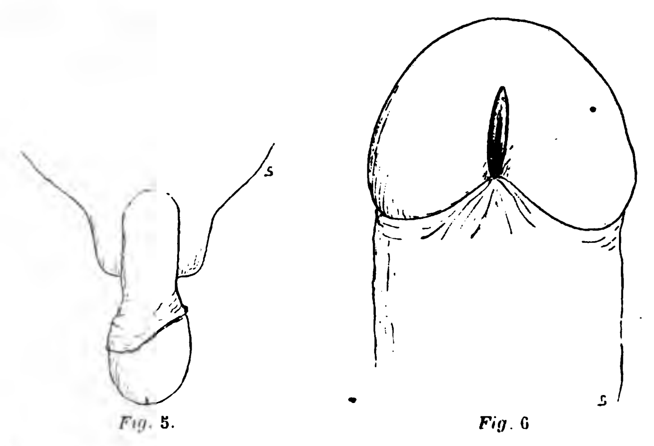


Fig. 5. Fig. 6

Nous avons été forcés de nous en rapporter aux statistiques fournies par les auteurs.

Nous n'avons pas trouvé signalé le degré de fréquence du phimosis. Mais on sait que normalement la plupart des enfants en présentent dans les premières années. Ce n'est que lorsqu'il est très serré ou qu'il persiste après la puberté qu'il peut être considéré comme une anomalie. C'est dans ce cas seulement que nous l'avons noté et il nous a paru beaucoup plus fréquent que chez les individus bien constitués.

L'*hypospadias* se présente environ une fois sur trois cents individus. Le *varicocèle* est rare avant dix ans; son maximum de fréquence est de quinze à vingt-cinq ans. D'après les recherches d'Horteloup, on le rencontrerait 3 fois sur 1.000 et 858 fois du côté gauche.

L'*atrophie congénitale* est peu connue. Elle peut disparaître au moment de la puberté et avec l'exercice des fonctions génitales. Il sera intéressant d'observer ce qui se passera chez nos jeunes sujets qui en présentent lorsqu'ils arriveront à cette période (1).

Sur 1.000 individus, on en trouve en moyenne un atteint d'*ectopie unilatérale* avec une fréquence à peu près égale pour l'un et l'autre côté L'*ectopie bilatérale* n'existe qu'une fois sur 10.000 individus. La plus fréquente de toutes les variétés est l'ectopie inguinale, 30 fois sur 44 cas ; puis viennent l'ectopie abdominale, l'ectopie cruro-scrotale, périnéale et crurale.

Nous n'avons pas rencontré dans les classiques rien qui ait rapport à la disposition que nous avons signalée sous le nom de *verge en battant de cloche*, ou en massue.

Pour donner immédiatement une idée de la fréquence extrême des anomalies de l'appareil génital masculin chez nos sujets, disons tout de suite que sur les 728 individus examinés, 262 nous en ont présenté soit isolées, soit associées à d'autres. Mais il serait insuffisant de s'en tenir à ce chiffre quelque éloquent qu'il soit, et nous pourrons tirer d'un examen plus approfondi des anomalies qui se rencontrent dans les différentes catégories de malades établies plus haut, certaines données intéressantes.

Si nous examinons la première catégorie composée de 172 idiots, imbéciles ou débiles, nous en rencontrons 55 frappés d'anomalies, soit 31,97 0/0, proportion véritablement considérable. Au point de vue de leur fréquence relative, nous trouvons : 19 *phimosis*, dont six sont relativement peu serrés ; — 6 *hypospadias balaniques*, dont deux légers et 2 *péniens* ; — 10 *atrophies testicu-*

(1) Nous notons deux fois par an depuis plusieurs années les changements qui surviennent chez nos malades au point de vue de la *puberté*, du *poids* et de la *taille* (B.).

laires, cinq portant sur le testicule droit, cinq sur le gauche; — 7 *atrophies doubles* des testicules, dont le volume variait de la grosseur d'un haricot à celui d'une noisette ; — 3 *ectopies du testicule droit* dans lesquelles il est permis de voir une véritable monorchidie, étant donné l'âge des sujets, et l'impossibilité de sentir en quelque endroit que ce soit la glande séminale et 2 du *testicule gauche*; — 10 *ectopies doubles*, dont un cas où les testicules pouvaient descendre, mais étaient ordinairement retenus à l'anneau inguinal ; — un cas de *hernie congénitale inguinale gauche* et une non congénitale; — enfin, quatre cas de *verge en battant de cloche* et 2 *varicocèles* gauches.

La proportion des anomalies de la seconde catégorie de sujets est moins considérable, quoique encore fort respectable, puisqu'elle atteint 22,22 0/0 (74 cas d'anomalies sur 333 sujets). Ces diverses anomalies se décomposent ainsi : 27 *phimosis*, dont neuf légers ; — six *hypospadias*, dont 2 peu accusés ; — 21 *varicocèles gauches*, *un droit* et 2 *doubles* ; — 13 *atrophies testiculaires*, dont huit à gauche et cinq à droite ; — 9 *atrophies bilatérales* ; — 5 *ectopies doubles* et 1 gauche ; — 3 unilatérales, dont deux gauches et une droite ; — 4 *hernies inguinales droites* ; — un cas de *varices de la verge* ; 2 cas de *verge en massue*.

Comme on le voit, les anomalies sont moins fréquentes chez les épileptiques présentant plus ou moins de débilité mentale ou d'imbécillité, mais en tous cas moins profondément dégénérés dans l'ensemble que les idiots de la première catégorie. Le phimosis y est en particulier moins fréquent. L'atrophie testiculaire s'y rencontre aussi dans une bien moindre proportion; mais où la différence s'accuse, c'est pour l'ectopie testiculaire qui, au lieu de quinze fois, ne se présente plus que huit fois, c'est-à-dire varie de 8,72 0/0 à 2,44 0/0, en passant d'une catégorie à l'autre. Il est intéressant de noter cette inégalité dans les aptitudes sexuelles aux

différents degrés de la dégénérescence physique et intellectuelle, et il est à regretter, au point de vue social, qu'elle ne soit pas moins atténuée encore chez les épileptiques. Sans vouloir y attacher une grande importance, faisons remarquer cependant que le varicocèle ne s'est guère rencontré que chez les épileptiques, où sa proportion s'est élevée à 7,27 0/0, alors que chez les individus normaux elle est, comme nous l'avons vu plus haut, de 3 0/0 seulement. Nous ne croyons pas que dans l'étiologie si variée qu'on invoque pour expliquer la production du varicocèle, on ait jamais signalé cette particularité que la dégénérescence physique, sinon l'épilepsie par elle-même, constitue une prédisposition à acquérir cette infirmité.

Passons maintenant à nos malades de la troisième catégorie, idiots, imbéciles et débiles sans épilepsie et n'ayant pas encore atteint 13 ans. Sur 64 de ces jeunes malades, 91 nous offrent les anomalies que nous venons déjà de rencontrer, soit 55,40 0/0, c'est-à-dire plus de la moitié sont mal conformés. En décomposant ces chiffres, nous arrivons aux résultats suivants: 41 *phimosis*, dont 4 légers; — 3 *hypospadias* peu accusés; — 3 *atrophies testiculaires droites* et 1 *gauche*; — 9 *atrophies doubles*; — 14 *ectopies testiculaires unilatérales*, dont 6 à droite et 8 à gauche, et dans sept desquelles il était impossible de sentir nulle part le testicule, 48 *ectopies testiculaires bilatérales*, dont 39 où on ne pouvait sentir les testicules; — deux cas de *verge en battant de cloche.*

Remarquons le nombre considérable des ectopies testiculaires. Dans l'immense majorité des cas, on peut même se demander s'il y a anorchidie véritable, ou simplement cryptorchidie. Nous nous rattachons à cette dernière idée et nous pensons qu'il y a ectopie abdominale et que dans beaucoup de cas, au moment de la puberté, on verra descendre les testicules. Le cas du n° 13 du 2e tableau est bien fait pour nous engager à le

croire. En effet, ce malade qui, il y a deux ans présentait une ectopie testiculaire double, n'a plus aujourd'hui que le testicule droit qui soit encore retenu dans l'abdomen et il est probable qu'un jour ou l'autre il descendra également dans les bourses. Ce serait donc à tort qu'on jugerait, d'après les chiffres bruts fournis par la première et la troisième catégorie, et pour saisir l'inégalité qui existe dans la proportion des anomalies chez ces deux catégories de sujets qui ne diffèrent entre eux que par leur âge, il suffit d'observer que ceux de la première ont dépassé l'âge normal de la puberté, si tous ne sont pas pour cela pubères, tandis que ceux de la troisième ne l'ont pas encore atteint et qu'il n'est pas étonnant de rencontrer chez eux un retard de développement considérable, surtout pour des organes qui, normalement, ne sont pas encore arrivés à leur complet développement à cette époque.

Enfin, dans notre dernière catégorie, la proportion des anomalies dépasse toutes les autres et atteint 67,79 0/0. Sur 59 sujets atteints d'épilepsie avec idiotie ou imbécillité, 40 présentent en effet des anomalies génitales, qui, isolées ou associées, se divisent ainsi : 13 *phimosis*, dont deux légers ; 13 *atrophies testiculaires doubles*, pour la plupart considérables, le testicule n'atteignant que la grosseur d'un pois et 4 atrophies unilatérales ; 6 *ectopies unilatérales*, dont 5 à droite et 1 à gauche ; 15 *ectopies doubles*, dont 5 abdominales, les testicules n'étant perçus nulle part ; enfin, un cas de *verge en battant de cloche*. Notons que deux fois le phimosis a été produit par une adhérence complète du prépuce avec le gland.

La moyenne de 67,79 0/0 que nous trouvons ici paraît en contradiction avec ce que nous disions plus haut, et ce que les chiffres d'ailleurs indiquaient, à savoir que les épileptiques présentant un certain degré de débilité mentale, offraient moins d'anomalies que les idiots complets sans épilepsie, parce qu'ils étaient moins dégénérés que ces derniers. Dans la comparaison des deux der-

nières catégories, nous observons le contraire. Nous croyons que cette contradiction n'est qu'apparente, car les choses, dans les deux cas, dans la deuxième et la quatrième catégorie, ne sont pas comparables. En effet, dans la première catégorie de nos sujets, la plupart sont des sujets où l'épilepsie n'est apparue que vers l'âge de 10 à 20 ans, et dont la faiblesse intellectuelle, quelquefois nulle ou peu marquée avant l'apparition des accès, n'en a été que la conséquence. Au contraire, nos épileptiques de la dernière catégorie ne leur sont en aucune façon comparables. Loin d'avoir jamais présenté un certain développement physique et intellectuel, entravé plus tard par les accès comitiaux, l'épilepsie est venue les surprendre dès leur jeune âge, quelquefois dans leur première année, et les a pour ainsi dire immobilisés, ne se contentant plus comme dans le premier cas, d'arrêter avant terme un développement commencé, mais empêchant même ce développement de prendre son essor. Si les premiers épileptiques sont donc jusqu'à un certain point moins dégénérés que les idiots complets sans épilepsie, au contraire, les jeunes épileptiques de la dernière catégorie nous offrent le type le plus complet des dégénérés avec arrêt de développement. Il n'est donc pas surprenant de rencontrer aussi chez eux une proportion beaucoup plus forte d'anomalies que chez tous les autres. Et maintenant que conclure de ce travail ?

1° Tout d'abord ce fait qui saute aux yeux que les idiots et les épileptiques débiles présentent, du côté de leurs organes génitaux, des anomalies extrêmement fréquentes, si on les compare avec ce qui se rencontre chez les individus bien équilibrés.

2° Les épileptiques qui ne le sont devenus qu'à un certain âge, et après avoir pu se développer déjà en partie, présentent beaucoup moins d'anomalies que les idiots simples. Leurs aptitudes génésiques paraissent

être, malheureusement, moins atteintes aussi que chez ces derniers, si l'on en juge par le moins grand nombre de cas de cryptorchidie.

3° L'atrophie testiculaire paraît porter presque aussi fréquemment à droite qu'à gauche, quoique un peu plus de ce côté, ce qui confirme l'opinion générale des auteurs.

4° La dégénérescence physique et intellectuelle produite par l'épilepsie semble avoir une influence réelle sur la production du varicocèle, car les idiots sans épilepsie n'en présentent pour ainsi dire pas.

5° Lorsque l'épilepsie surprend l'enfant dès le début de la vie, elle produit dans tout son être un arrêt beaucoup plus marqué du développement, que lorsqu'elle survient dans l'adolescence, et cet arrêt de développement appréciable sur l'ensemble de l'individu, est des plus caractérisés du côté des organes génitaux.

6° Les idiots, avec ou sans épilepsie, présentent fréquemment une forme particulière de la verge, dite en battant de cloche ou en massue. Cette forme n'est pas acquise par la masturbation, certains des sujets qui la présentent ne s'étant jamais livrés à l'onanisme.

On sait que les dégénérés supérieurs présentent assez fréquemment aussi des anomalies génitales. Il serait intéressant de savoir dans quelle proportion, en particulier pour les anomalies qui les mettent dans l'impossibilité de se reproduire. Nous avons vu que chez les épileptiques cette impossibilité était déjà bien moins fréquente que chez les dégénérés inférieurs, et il est à craindre que chez les dégénérés supérieurs les aptitudes génésiques et reproductrices ne soient encore bien plus souvent conservées. Cette question n'offre donc pas seulement un simple intérêt de curiosité scientifique,

mais plus encore peut être un intérêt social. Car il serait à désirer à tous les points de vue que les individus atteints de tares fatalement transmises et aggravées par l'hérédité fussent incapables de se reproduire. En outre, il serait certainement intéressant d'examiner ces sujets sous le rapport des modifications fonctionnelles de l'appareil génital.

D'après le *Compte-rendu sur le service du recrutement de l'armée pendant l'année* 1886, le nombre des jeunes gens admis à participer au tirage, après rectification des tableaux de recensement, s'est élevé à 306.854. Sur ce nombre, 299.270 se sont présentés au Conseil de révision. 39.760 jeunes gens ont été exemptés comme impropres à tout service. 255 ont été exemptés pour des *vices de conformation des organes urinaires* (1), 684 pour *varicocèles*, 753 pour hydrocèle et maladies des testicules et 122 pour maladies des voies urinaires autres que les précédentes. 1.611 atteints de *vices de conformation des organes génito-urinaires* ont été classés dans le service auxiliaire.

Si l'on fait un bloc des 255 conscrits exemptés pour des vices de conformation des organes génito-urinaires, des 584 exemptés pour varicocèles, et des 1511 conscrits classés dans le service auxiliaire, on a le total de 2,550, soit sur les 299,270 conscrits (en chiffres ronds, 300,000), 85 pour 1,000 atteints de vices de conformation des organes génito-urinaires. — Sur nos 728 malades, nous en avons rencontré 262 atteints des mêmes vices de conformation, d'où il suit que chez les idiots et les épileptiques réunis, la proportion des vices de conformation est quatre fois plus grande que sur la totalité des conscrits.

Voici maintenant, à titre de renseignement, le nombre des cas de réforme pour des maladies du système nerveux ou les autres vices de conformation : Strabisme, 286. — Sourds-

---

(1) L'*Instruction du Conseil de santé des armées* donne l'énumération suivante de ces vices de conformation : « L'*absence* ou l'*imperforation de l'urèthre*, l'*épispadias* et l'*hypospadias* qui ne permettent pas d'uriner sans se salir, ...l'*hermaphrodisme*... la *cirsocèle* très considérable.



muets de naissance, 368 ; — Bec de lièvre, 112 ; — Bégayement, 716 ; — Goître, 842 ; — Pieds-bots et autres incurvations des membres, 921 ; — Epilepsie, 593 ; — Convulsions, danse de St-Guy, tremblements, catalepsie, 41 ; — Crétinisme, idiotisme, imbécillité, 1.378 ; — Aliénation mentale, monomanie, manie, démence, 180 ; — Paralysie d'un ou de plusieurs membres, 193.

V.

Imbécillité ; malformations congénitales des deux mains et du pied gauche ; polysarcie ;

Par BOURNEVILLE et RAOULT (1).

Nous avons eu l'occasion de rassembler soit à la Salpêtrière, à Bicêtre ou aux Enfants-Malades, un nombre assez considérable d'exemples de *malformations des mains et des pieds* qui doivent faire l'objet d'un petit travail d'ensemble. Nous en détachons aujourd'hui une observation curieuse également à d'autres titres.

OBSERVATION. — *Père débauché, alcoolique. — Grand père paternel alcoolique. — Oncle paternel aliéné et alcoolique. Autre oncle paternel alcoolique. — Cousin germain nerveux.*

Mère : migraines, vitiligo. — Grand mère maternelle hémiplégique. — Oncle paternel goîtreux. — Cousine germaine arriérée. — Enfant du siège.

Impression maternelle persistante du second mois à la fin de la grossesse. — Parole et propreté tardives. — Accès de colère. — Sévices envers sa petite sœur. — Convulsions. — Clastomanie. — Débilité mentale prononcée. — Malpropreté, paresse, gourmandise, voracité. — Absence de pudeur. — Idées de mariage. — Polysarcie. — Strabisme, nystagmus, myopie. — Malformations des doigts des deux mains et du pied gauche. (Polydactylie).

Esn. Marie, âgée de 16 ans, demeurant avenue d'Italie, est amenée à la consultation le 11 août 1887.

Renseignements fournis par sa mère. — Père, 43 ans, était bien portant jusqu'en 1876, époque où il a quitté sa femme.

(1) Extrait du *Progrès médical*, 1887, t. VI, p. 198.

Débauché, il ne rentrait depuis longtemps à la maison qu'à des intervalles irréguliers, s'enivrait fréquemment, buvant toutes sortes de liquides, entre autres de l'absinthe (il rentrait ivre au moins une fois par semaine). Parfois il restait huit jours absent de chez lui. Avant de se marier, à 28 ans, il buvait déjà, mais sa femme pensait qu'il aurait perdu cette habitude. Il a toujours été violent et emporté. Il a été d'abord ouvrier chocolatier, puis infirmier à Bicêtre avant la guerre, et ensuite à l'asile d'Evreux. A Bicêtre, il s'amusait à boire les potions qu'on ordonnait aux aliénés pour savoir l'effet que cela produirait sur lui. Pas de migraines, pas de céphalalgies, ni de névralgies, ou de rhumatismes; aucune affection cutanée. [*Père*, scieur de pierres; mort *d'excès de boisson*.—*Mère*, blanchisseuse, sobre, est morte aux Petits-Ménages à Issy vers 1872. — Un de ses *frères* est mort *aliéné* à Bicêtre vers 1872; il *buvait* beaucoup. Un autre *frère* est mort d'une affection pulmonaire, il faisait aussi des *excès de boisson*, mais moins que les deux autres. Un neveu, fils d'une de ses sœurs, âgé de 21 ans, a eu l'hiver dernier une *attaque nerveuse* à la suite d'une discussion avec son patron; il se débattait par terre, « était comme un fou » ; cette crise a duré environ 15 minutes. Pas d'aliénés, pas d'autres idiots, pas de déformations congénitales dans sa famille].

Mère, 43 ans, — elle a deux mois de plus que son mari, — femme de ménage et piqueuse de bottines, autrefois domestique, est d'une taille moyenne, d'une physionomie assez régulière. Elle porte une éruption de vitiligo très marquée sur le dos des mains et les avant-bras. Elle éprouve des douleurs rhumatoïdes, erratiques dans les membres; elle a eu des *migraines*, avant et depuis la puberté. Celles-ci ont diminué depuis un an, mais elles ont été remplacées par des *céphalalgies* revenant plusieurs fois par mois et durant de un à trois jours, sans s'accompagner de vomissements. Elle se plaint en outre de gastralgies passagères. Elle n'a jamais eu ni convulsions dans l'enfance, ni attaques de nerfs. Pas d'enfants avant le mariage. Elle s'est mariée tard, parce que « ce n'était pas son idée ». Depuis sa séparation, elle n'a pas vu d'homme parce que « ce sont des choses qui ne la tentent pas ». [*Père* mort du choléra, vers 1854, carrier dans les montagnes, sobre. — *Mère*, morte *hémiplégique*. Un *frère* en bonne santé porte un petit *goître* ; il a une fille de 6 ans, bien conformée, mais en *retard pour la parole*; cette enfant comprend bien tout, mais ne peut s'exprimer ; ce n'est pas du bégaiement. Pas d'aliénés, pas de difformes, etc. Personne dans son pays ne se souvient d'avoir vu de déformations congénitales dans sa famille. Pas d'autres goîtreux, pas de crétins.

Pas de consanguinité (la mère est de la Savoie (*Latable*, près de Chambéry). — Deux *enfants :* 1° Notre malade, 2° une fille morte à deux ans 1/2 du croup, elle était intelligente, parlait très bien ; elle avait marché à 13 mois et avait été propre de bonne heure.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, qui a eu lieu un mois après le mariage, au mois d'août 1870, la mère était déjà contrariée de voir son mari boire. Ce dernier se mettait en colère, cassait les carreaux, etc. La *conception* n'a pas eu lieu durant l'ivresse : « Il n'y était pas porté dans ces moments-là. » La *grossesse* a été assez bonne, sauf quelques douleurs dans le bas-ventre et plusieurs chutes qu'elle attribue à ce qu'elle avait comme une faiblesse subite dans les jambes ; elle s'est *trouvée mal* et a eu des lypothymies plusieurs fois par semaine, durant les trois premiers mois. Pendant le siège, elle a eu beaucoup à souffrir, au physique et au moral, de nombreuses discussions avec son mari, et de fréquentes émotions dues au bruit du bombardement, sans perte de connaissance. Ces émotions ont été surtout vives à la fin de la grossesse.

La mère attribue les difformités que sa fille présente aux mains et à un pied, à l'impression vive et persistante produite sur elle par la vue d'une tortue, vers le second mois de la grossesse. La première fois, elle la vit barbotant dans le ruisseau ; elle ne ressentit aucune impression à cette vue. Une autre fois, elle la vit dans les cendres, chez le cordonnier, possesseur de la tortue ; elle la regardait se nettoyer. Qu'est-ce que cette bête? dit-elle. « C'est une tortue, » lui répondit-on. En retournant chez elle, elle fit la réflexion qu'étant enceinte elle ne devait rien « regarder », et, en même temps, elle ressentit une faiblesse, qui l'obligea de s'appuyer au mur. Ses jambes fléchissaient et tout tournait autour d'elle. Ces phénomènes durèrent cinq minutes. Elle assure avoir pensé tout le reste du temps de sa grossesse à cette tortue, craignant que son enfant n'eût quelque chose. Elle n'en rêvait pas la nuit.

L'*accouchement* s'est fait environ huit jours avant terme, naturellement, sans chloroforme. *A la naissance*, l'enfant était forte, a crié tout de suite et n'avait aucun signe d'asphyxie. Elevée au sein par sa mère, elle a été sevrée à quatorze mois. Elle a marché à treize mois, a eu sa première dent à huit mois et ses vingt dents vers deux ans. La parole a été lente à venir ; elle n'a parlé que vers deux à trois ans. Elle n'a été propre que vers quatre à cinq ans. Vers trois ou quatre ans, on s'est aperçu qu'elle n'était pas comme les autres enfants. Elle prenait sa petite sœur, qui avait vingt-deux mois de moins qu'elle, et la jetait par terre. Si sa mère la réprimandait, elle se vengeait

sur sa sœur ou sur les objets. Une fois, sa mère étant allée voir, à l'hôpital, son mari, qui avait une jambe cassée, trouva, en rentrant, toute la vaisselle cassée. La malade avait alors deux ans et sa petite sœur une quinzaine de jours. Vers trois ans et demi, *convulsions*, surtout pendant le sommeil : le nez, la bouche, les yeux étaient agités de mouvements qui duraient plusieurs minutes. Jamais de grandes convulsions, pas de pertes de connaissance.

Marie Es... a toujours été volontaire, désobéissante, aimant à contrarier sa mère ; elle crie très fort, même dans la rue, attirant l'attention des passants. Elle a de fréquents *accès de colère*, bouleverse tout, casse la vaisselle, quand il ne lui plaît pas de la laver. Elle n'est pas soigneuse de sa personne, elle n'aime ni à se laver, ni à se peigner, sauf quand il s'agit de sortir, par exemple pour venir à la consultation.

En dehors de cela, pour aller dans la rue, ça lui est égal d'être propre ; elle ne sait pas s'arranger ; elle mettrait par exemple un chapeau, et en même temps des souliers non cirés. Il faut que sa mère la nettoie comme un enfant, si elle veut qu'elle soit propre.

Elle est allée à l'école jusqu'à 15 ans. Elle lit un peu, mais non couramment, elle ne se rend pas compte de ce qu'elle lit. Elle écrit, mais mal, ne sait pas faire les additions, et n'a jamais pu apprendre à coudre. Elle a voulu aller dans une fabrique de corsets, avec une de ses amies ; on l'a gardée une journée. Elle voit clair, mais ne peut fixer, « ses yeux dansent » ; il lui faut un quart d'heure pour enfiler une aiguille.

Jamais d'onanisme. Elle dit à tout le monde qu'elle va se marier à un homme riche, à un rentier ; d'autres fois, c'est à un homme qui gagne 30 francs par mois (elle ne connait pas la valeur des choses, et pour elle 30 fr. c'est beaucoup). Les voisins la taquinent. Il y a quelques jours, une jeune fille lui a dit qu'elle lui volerait son mari, notre malade l'a menacée de la battre ; l'autre a pris les devants, lui a donné des coups de poing sur le nez ; elle est rentrée tout en sang. Quand on l'envoie en commission dans le voisinage, elle oublie de rentrer, ne semblant pas avoir la notion du temps. C'est ainsi que, il y a quelques jours, sa mère l'ayant envoyée chercher un seau d'eau vers 4 h. et demie, à sept heures elle n'était pas rentrée. Elle était allée se promener avec une fillette sur l'avenue d'Italie, vers la place. On se moque d'elle dans le quartier ; les gamins lui font faire des commissions insolentes, ignobles ; si elle refuse, ils l'insultent. Ils ont cherché à l'attirer sur les fortifications. Dans la maison, elle est l'occasion de disputes avec la concierge, avec les voisins, soit parce qu'elle pousse des cris aigus, soit parce que des gamins en envoient

d'autres la chercher. La mère ne pouvant l'utiliser pour le ménage, ni pour le travail, la laisse dormir tant qu'elle veut. Très menteuse et très gourmande ; elle mange avec sa mère, comme cette dernière, puis s'il reste quelque chose, quand celle-ci a le dos tourné, elle le dévore. Elle ne prend rien chez les autres. Elle est très curieuse. Depuis deux mois surtout, son caractère est très difficile.

Son sommeil, qui est long, est très agité ; elle gémit, parle tout haut en rêvant ; elle a peur qu'on ne la tue, qu'on ne l'emmène. Elle a parfois des illusions d'optique au sujet des objets qui l'entourent. — Elle a toujours eu un embonpoint exagéré, surtout depuis deux ou trois ans. Elle a été réglée à seize ans (octobre 1886) sans douleurs abdominales, mais avec de la céphalalgie. Les règles sont venues tous les mois régulièrement, sauf le mois dernier où elles ont avancé. Elle le dit tout haut à tout le monde. « Vous dites que je suis une gosse, je suis dans le sang jusqu'au cou. » Et, elle offre de le faire voir. Elle n'a aucune retenue ; elle se penche sans précaution, laissant tout voir, mais toutefois, elle ne se retrousse pas. Elle est fière depuis qu'elle a des seins. On la connaît dans le quartier, aussi empêche-t-on les disputes entre elle et les gamins. Il suffirait, dit sa mère, que quelqu'un lui offre le mariage, pour qu'elle se laisse emmener.

Si sa mère la gronde, elle se rebiffe, crie, lui dit qu'elle l'embête, et l'injurie. Lorsque sa mère lui donne « une giffle » elle lui en rend trois. Sans cause, elle se met à crier comme une idiote, comme une folle. Toute la journée elle s'amuse ; si on l'envoie faire une commission, elle reste longtemps ; elle aime à entendre dire des saletés, les répète, se mêle aux conversations. Elle est insolente envers tout le monde, menace de battre, crie.

Elle n'a jamais été arrêtée. Parfois, elle reste dehors, sans se préoccuper de l'heure des repas ; il lui est arrivé de sortir le matin, de ne rentrer que le soir, sans avoir mangé ; alors elle veut son café au lait du matin, son déjeuner de midi, son dîner et absorbe gloutonnement le tout. Si on rit d'elle parfois, lorsqu'elle mange avec voracité des pommes de terre mal cuites, elle dit que c'est assez bon pour elle, et continue de plus belle. Il lui arrive souvent de manger des pommes de terre, ou des carottes crues et de les refuser quand on les lui présente cuites. Etant toute petite, elle mâchait du charbon.

Elle a eu quelques croûtes dans les cheveux et une ophthalmie double à deux ans qui a duré un mois. Ni otite, ni engelures, ni d artres. Elle a eu un ganglion tuméfié qui s'est abcédé au niveau du côté gauche du cou, et a laissé une petite cicatrice. Elle aurait eu beaucoup d'oxyures. Souvent elle s'est coupée, pin-

cée dans les portes par sa bêtise. Elle pleurait tant qu'elle voyait du sang, puis on ne pouvait plus lui maintenir de pansement. Actuellemont, au contraire, à la moindre piqûre, il lui faut mettre un pansement. Maux de tête fréquents. Pas de signes d'hystérie.

Etat actuel. — Elle est très développée; le thorax et le ventre sont très-volumineux pour son âge. *Poids :* 76 kilogrammes 500 ; taille de 1 mètre 515 millimètres.

Face volumineuse, symétrique, ovale. — Front bas (6 centimètres et demi) ; aplatissement des régions temporales ; arcades sourcillières peu saillantes. Cheveux — avec poux — ; sourcils et cils blonds. — *Yeux* petits, bleus (la malade est myope), *nystagmus* des deux côtés, rotatoire, plus marqué à gauche qu'à droite. Léger *strabisme* interne de l'œil gauche. Pupilles égales, d'un contour un peu irrégulier. Apophyses zygomatiques peu saillantes. Nez moyen, régulier. Bouche petite, menton ovale. Voile du palais, langue, arcades dentaires, normales. Mâchoires volumineuses. Oreilles allongées de haut en bas, lobules volumineux, adhérents.

Crâne :	Circonférence horizontale	54,5 cent.
	Demi-circonf. verticale antéro-postérieure.	35 —
	Demi-circonfér. verticale interauriculaire .	36 —
	Diamètre antéro-postérieur maximum . .	17,5 —
	Diamètre bi-auriculaire	12,1 —
	Diamètre bi-pariétal maximum.	15,3 —

Cou large, court, circonférence : 37,5. — *Seins* très volumineux, mamelons peu développés, aréole de teinte café au lait. — *Aisselles* très pigmentées ; on y remarque quelques poils assez courts, rares, de couleur châtain-clair. — Veines sous-cutanées du thorax dilatées, au-dessus des seins. Le thorax, le rachis et les membres supérieurs, sauf les mains sont bien conformés.

Mains : Toutes deux présentent des *déformations congénitales* intéressantes.

a) *Main droite* (*Fig.* 7). Six doigts, le pouce, l'index, le médius et le petit doigt sont normaux. L'annulaire est remplacé par un *système de deux doigts* unis entre eux à leur base, et s'écartant en avant, pour former une sorte de croissant regardant en avant. Ils ont trois phalanges, la première semble être commune à sa base, pour les deux doigts, formant ainsi une sorte de *fourche*, dont la partie postérieure s'articule avec la tête du quatrième métacarpien. Les deux branches de

cette phalange double, divergent, et à leur extrémité antérieure s'insère la deuxième phalange de chacun de ces doigts. Ceux-ci sont moins volumineux que le petit doigt et sont aplatis d'avant en arrière. Le tout forme une sorte de système spécial, dû à la division du quatrième doigt normal, situé sur un plan postérieur aux autres doigts, si bien qu'à la face palmaire, il existe un creux entre la base de ces deux doigts et l'extrémité antérieure du quatrième métacarpien. Ce système n'a que des *mouvements* antéro-postérieurs très-limités, qui suivent ceux des troisième et cinquième doigts normaux, lorsque la malade ouvre ou ferme la main ; mais chacun des doigts de ce groupement n'a pas de mouvements propres. Le petit doigt est uni au plus externe de ceux-ci par une membrane de l'épaisseur du doigt, qui s'étend en avant jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure de la seconde phalange.

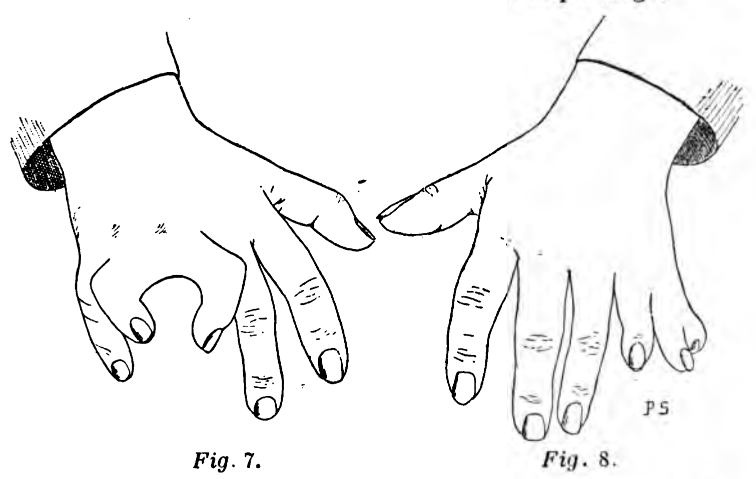


Fig. 7. *Fig.* 8.

b) *Main gauche.* Le pouce, l'index, le médius et l'annulaire sont normaux. Au niveau du cinquième doigt, est un *système de trois petits doigts* accolés les uns aux autres (*fig.* 8). Il n'y a qu'un cinquième métacarpien, mais à son extrémité antérieure s'insèrent les premières phalanges du doigt externe et du doigt médian, qui sont indépendantes. Ces deux doigts possèdent chacun trois phalanges et un ongle ; le premier est libre en dehors, jusqu'à la commissure normale, entre lui et le quatrième doigt. Il est séparé du doigt médian en avant seulement depuis la moitié antérieure de la deuxième phalange. Enfin le doigt interne est accolé à la face interne de la deuxième phalange du second, et possède un petit os libre, non articulé en

arrière, où il se termine en pointe, ce doigt possède aussi un ongle mais mal conformé. Tout ce système a des mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction, mais moins étendus que normalement; l'opposition avec le pouce se fait d'une façon mal habile avec le doigt externe. Le doigt externe et le médian ont quelques mouvements propres très peu étendus.

L'abdomen est très volumineux; sa couche adipeuse est très épaisse; l'ombilic est très profond.

Organes génitaux. Poils assez abondants sur le pénil, les grandes lèvres, se continuant jusqu'à la partie la plus interne des plis inguinaux, avec pigmentation de ces régions.

Les *cuisses* sont très volumineuses, ainsi que les jambes; les mollets ont 43 cent. de circonférence.

Pieds. Pied droit normal. *Pied gauche* : Les quatre premiers orteils sont normaux. Entre le quatrième et le cinquième, à cheval sur ces derniers, est un *orteil supplémentaire*, situé dans une sorte de logette entre la face externe de la seconde phalange du quatrième, et la face interne de celle du cinquième. Son extrémité antérieure ne dépasse pas l'extrémité postérieure de la seconde phalange des orteils entre lesquels il est situé; il a le volume d'une petite noisette et il renferme un petit os, qui semble s'articuler avec le quatrième métatarsien, et possède un petit ongle, déformé et écailleux, qui était, paraît-il, pour la malade une cause de douleur, par suite de la pression du soulier.

Sensibilité générale normale (toucher, température, etc.). *Réflexes* normaux.— *Vue : myopie* très prononcée, la malade se met à une distance de 16 cent. pour lire des lettres d'un 1/2 cent., et à 1 m. 37 pour pouvoir lire les grandes lettres d'un journal ayant 3 cent. et quart de hauteur. Elle distingue bien toutes les couleurs. — *Goût* et *odorat* normaux. — Dynamomètre Mathieu (petit) : à droite 10, à gauche 12.

L'intelligence est faible, la malade comprend mal les questions qu'on lui pose et y répond à peine ou mal; parfois, elle parle d'un autre sujet. Son langage, sa manière d'être, ses impatiences sont ceux d'un enfant.

Au point de vue mental, Marie Es... présente tous les caractères de l'*imbécillité*, compliquée d'impulsions de natures diverses, pouvant occasionner de sérieux inconvénients, soit pour les autres, soit pour elle-même. Bien qu'elle ait fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 15 ans, elle

n'a rien appris. Il est évident, pour nous, que si elle avait été soumise à un traitement et à une éducation méthodiques, elle eut pu être notablement améliorée à tous les égards et même apprendre un métier. On en a fait un être qui sera presque inutile pour le reste de ses jours, car l'*obésité* dont elle est atteinte et qui, si elle n'avait pas disparu sous l'influence de la gymnastique, se serait en tout cas développée moins rapidement et à un moindre degré, ne fera sans doute que s'accroître et contribuera à rendre peu fructueux les essais que l'on ferait aujourd'hui pour son amélioration intellectuelle. Ce fait montre la nécessité d'assister, de traiter et d'instruire de bonne heure les malades de ce genre.

L'*obésité* ou la *polysarcie* est loin d'être une complication rare de l'*imbécillité*. M. Parrot en a publié un cas intéressant dans la *Revue photographique des hôpitaux de Paris* (1869, p. 21). L'un de nous en a vu plusieurs exemples, soit en ville, soit à la Salpêtrière. Il semblerait aussi que cette complication est surtout l'apanage des imbéciles du sexe féminin.

La *myopie*, le *strabisme* et le *nystagmus* sont dus sans doute aux *convulsions* dont la malade a été atteinte à l'âge de treis ans.

Quant aux *malformations* des doigts et du pied gauche, la description que nous en avons donnée plus haut nous dispense d'entrer dans de nouveaux développements. Dans l'opinion de la mère de la malade, elles reconnaîtraient pour cause l'impression persistante et prolongée qui a suivi la vue d'une tortue. Nous la relevons sans vouloir y attacher plus d'importance qu'il ne convient. L'*alcoolisme* héréditaire du père, les antécédents nerveux du côté paternel aussi bien que du côté maternel peuvent être invoqués à plus juste titre. Les malformations des extrémités (polydactylie et syndactylie), les malformations des organes

génitaux (cryptorchidie, atrophie d'un testicule, phymosis, hypospadias, etc.), sont en effet fréquentes en pareil cas et nos malades de Bicêtre nous en fournissent chaque jour la preuve. Mentionnons enfin que, contrairement à ce que la plupart des auteurs ont signalé d'ailleurs avec raison, nous n'avons trouvé aucun exemple de malformation analogue chez les ascendants de cette jeune fille.

VI.

De l'épiploon cystico-colique (variétés du ligament hépato-duodénal);

Par M. le Dr P. BRICON.

Le ligament hépatico-duodénal, dépendance de l'épiploon gastro-hépatique qu'il borde à droite, forme le bord antérieur de l'hiatus de Winslow. Il unit le col de la vésicule biliaire au duodénum, relié lui-même au côlon transverse par un ligament épiploïque. A l'état normal, ces ligaments ne forment qu'un léger relief à la surface des organes qu'ils recouvrent. Il n'en est pas toujours ainsi et ce relief, en s'accentuant de plus en plus, devient repli et, en s'élevant du col au fond de la vésicule biliaire, finit par former une sorte de mésentère ou plutôt d'*épiploon cystico-côlique* (1).

Description. — Le péritoine, après avoir tapissé la face convexe du foie, gagne le sillon transverse, mais, en certain cas, au niveau de la vésicule biliaire, au lieu de fournir à celle-ci une enveloppe plus ou moins complète, il ne recouvre que ses faces latérales, et son fond se replie à une distance variable de l'hiatus de Winslow, parfois au niveau du fond de la vésicule, il constitue ainsi un ligament hépatico-duodénal, ou plutôt hépa-

(1) Le grand et le petit épiploon paraissent parfois contribuer également à la formation de l'épiploon cystico-côlique, mais il est en ce cas difficile de distinguer inférieurement les limites exactes des parties fournies par ces deux épiploons ; il semble qu'il y ait eu véritable fusion.

tico-côlique comprenant non seulement dans son épaisseur les vaisseaux biliaires et la veine porte, mais encore la vésicule biliaire comprise alors entre deux feuillets péritonéaux s'étendant de toute la hauteur de la fossette de la vésicule biliaire au côlon transverse (*Fig.* 9).

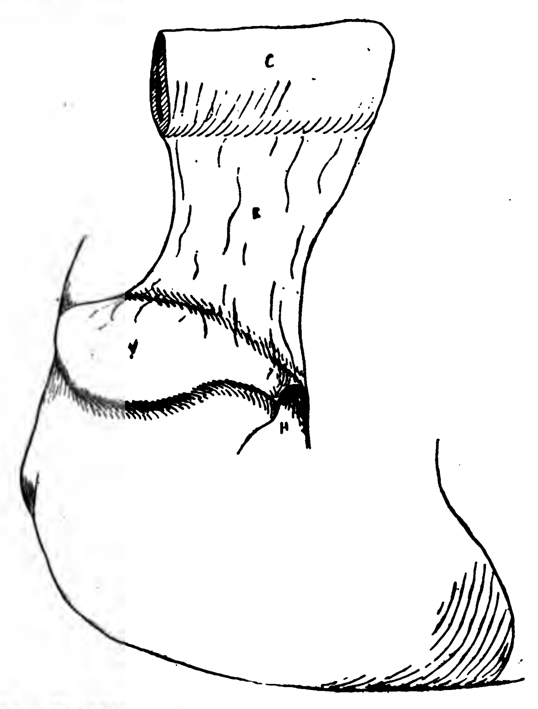


Fig. 9. — C. Colon. — E. Epiploon cystico-côlique. — V. Vésicule biliaire. — H. Hile du foie.

Notons qu'il ne s'agit pas de ce pseudo-mésentère de la vésicule déjà décrit par plusieurs auteurs et entre autres par Ruysch. « Ruysch, écrit M. Paulet, a trouvé la vésicule entièrement libre, n'adhérant pas au foie; mais l'existence d'un mésocyste doit être considérée comme tout à fait exceptionnelle chez l'homme, tandis qu'elle est constante chez certaines espèces animales,

notamment chez le lapin (1). » Comme on le voit, il ne s'agit nullement, en ce cas, du repli épiploïque qui relie la vésicule au duodénum et au côlon. Ce pseudo-mésentère est encore signalé dans l'*Anatomie* de Cruveilhier. « La vésicule biliaire est maintenue, dit-il, dans sa si-

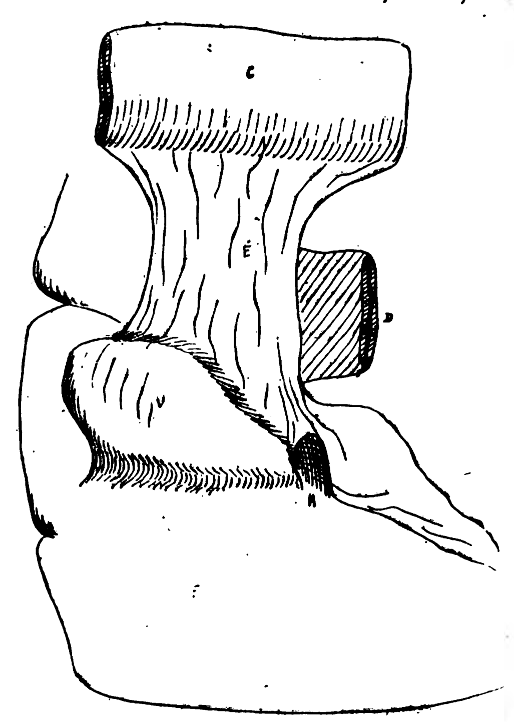


Fig. 10. — C. Colon. — E Epiplo-cystico-colique. — V. Vésicule biliaire. — H. Hile de foie. — D. Duodénum.

tuation par le péritoine, qui ne fait que passer au-dessous d'elle, chez le plus grand nombre des sujets; mais

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, première série, 1876. — Poulet. *Voies biliaires* (*anatomie*, p. 299). C'est par erreur que le lapin, tout au moins notre lapin domestique, est signalé comme ayant un mésocyste; notre lapin domestique possède au contraire une vésicule pour ainsi dire presque enclavée dans le foie.

qui, chez d'autres, lui forme une enveloppe presque complète, de telle manière que la vésicule est unie au foie à l'aide d'une sorte de mésentère. Dans ce dernier cas, elle est pour ainsi dire détachée du foie, disposition que l'on rencontre chez quelques animaux.

On ne saurait dire, toutefois, ce qu'entend Cruveilhier (1) quand il dit ailleurs : « J'ai vu deux fois la vésicule du fiel s'ouvrir dans le côlon », et, en note, « il n'est pas rare de voir la vésicule du fiel entièrement unie à la portion correspondante de l'arc du côlon, » et, plus loin (p. 202), « quelquefois des adhérences accidentelles ou normales l'unissent (la vésicule biliaire) au duodénum et à l'arc du côlon. Ces rapports expliquent..., d'autre part, le passage direct par perforation des calculs biliaires de la vésicule dans le duodénum, dans le côlon. »

Il semble toutefois que Cruveilhier ait réellement vu le repli cystico-côlique, ce qui ne saurait nous étonner, vu sa fréquence ; mais le texte est peu clair et le mot d'adhérence autorise d'en douter. Il peut arriver que l'on constate l'existence d'un épiploon cystico-côlique, et, en même temps, celle d'un mésentère vésiculo-hépatique plus ou moins développé. C'est ainsi que sur une de nos pièces (*Fig.* 10) on trouve un épiploon vésiculo-côlique et des indices de mésentère vésiculo-hépatique. Par contre, le fond de la vésicule, dans son tiers supérieur, n'est pas adhérent au foie ; il est recouvert par le péritoine. Il a pu arriver que la position occupée dans le ligament hépatico-côlique ait pu faire croire à l'existence de ce pseudo-mésentère, car, dans le cas d'existence d'épiploon vésiculo-biliaire glissant entre les deux feuillets, va parfois se mettre en contact avec le côlon transverse, formant alors deux triangles isocèles, accolés inversement.

Enfin, il existe une troisième disposition assez rare :

---

(1) J. Cruveilhier. — *Traité d'anatomie descriptive*, 3e édition ; — Marc Sée et Cruveilhier fils, 1874, T. II., p. 158.

l'extrémité droite du grand épiploon s'insère alors sur le bord libre de l'épiploon cystico-côlique et atteint le bord antéro-inférieur du foie au niveau du fond de la vésicule biliaire; cette disposition est montrée dans une des figures ci-jointe (*Fig.* 11). Dans ce cas, le côlon trans-

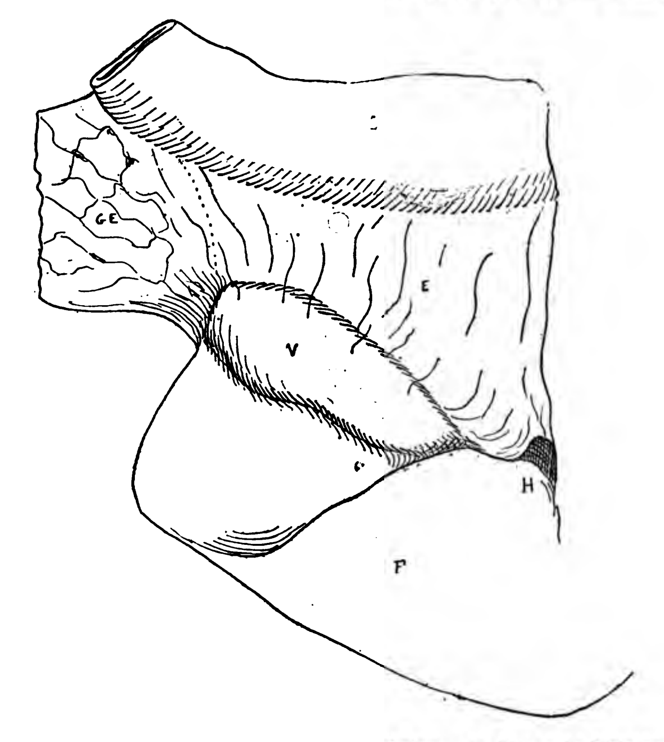


Fig. 11.—G. E. Grand Epiploon — C. Colon.—V. Vésicule biliaire. — H. Hile du foie. — F. Foie.

verse semble ne partir à droite que de la vésicule biliaire et la fossette côlique du foie fait défaut.

L'épiploon vésiculo-côlique est assez fréquent. Il n'a certainement pas dû échapper à l'observation des anatomistes et des anatomo-pathologistes ; aussi n'est-ce que lorsque nous avons constaté que la plupart de nos auteurs classiques n'en faisaient pas mention, que nous

nous sommes décidés à rappeler de nouveau l'attention sur ce repli (1). L'examen méthodique et complet de cadavres provenant du service de M. Bourneville, nous a permis de réunir en peu de temps, sur ce sujet, un certain nombre d'observations. Sur 89 autopsies, nous avons rencontré cette disposition à un degré plus ou moins avancé, 21 fois; dans 8 cas, il s'agissait d'un repli incomplet, variant de 1 centimètre à 3 ou 4 centimètres de hauteur, l'existence d'un épiploon cystico-côlique, n'a été constaté que 13 fois.

On peut rencontrer entre ces diverses dispositions, tous les intermédiaires possibles.

Qu'on ne croie pas qu'il s'agisse de ces *adhérences pathologiques* signalées par tous les auteurs; c'est par elles que l'on explique généralement l'élimination des calculs biliaires par la voie intestinale. Les adhérences sont, du reste, rarement limitées à la région vésiculaire. Le plus souvent, elles sont irrégulières, disséminées; l'hiatus de Winslow est alors parfois oblitéré. C'est ainsi que nous avons rencontré un abcès limité à l'arrière cavité des épiploons (2). Dans les cas d'adhérences

(1) Depuis que notre attention a été attirée sur ce point, M. Baraban a publié cette année, dans son article sur le *péritoine*, les lignes suivantes : « Mentionnons que dans quelques cas le péritoine de la face inférieure du foie fournit un petit méso de la vésicule biliaire et que le col de cette dernière peut être rattachée au côlon transverse par un prolongement du grand épiploon. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, tome XXIII, première partie, Baraban, art. *Péritoine* (*anatomie descriptive*, p. 255, 1887). Il semble, en effet, que parfois le repli épiploïque vésiculo-côlique soit formé entièrement aux dépens du grand épiploon; il paraît n'y avoir alors qu'un simple accolement facile à détruire, à la face inférieure de la vésicule. En ce cas, l'épiploon vésiculo-côlique est moins large et le plus souvent on retrouve sur sa face gauche des parties non adhérentes simulant des anneaux ou des orifices obliques ayant une grande ressemblance avec l'aspect que représente le trou de Botal perméable obliquement.

(2) Il s'agissait, dans ce cas, d'un abcès du lobe gauche du foie, ayant envahi l'arrière-cavité des épiploons. « Lorsque cet hiatus vient pour une cause quelconque à s'oblitérer, il peut se faire dans l'arrière cavité des épiploons un amas de sérosité qui constitue une

pathologiques, le pseudo-épiploon a un aspect irrégulier ; il est peu développé ; la vésicule biliaire est très rapprochée, sinon en contact direct avec le côlon ; d'autre part, il peut arriver que l'on rencontre des adhérences aux alentours de la vésicule sans que ce fait exclue l'existence d'un véritable épiploon cystico-côlique. Un examen attentif peut seul démontrer la coexistence ou non des deux choses.

Aucun de nos malades n'était atteint d'affection hépatique de nature quelconque ; jamais chez eux le repli n'a présenté le caractère de brides ou membranes de nouvelle formation. L'examen des pièces conservées dans le chloral le prouve suffisamment.

Nous n'aurions pas songé à tirer de l'oubli ce repli épiploïque, s'il ne nous avait semblé que sa connaissance importait dans les opérations sur la vésicule biliaire (cholécystectomie et cholécystotomie) et parce qu'il expliquait pourquoi, dans certains cas, les calculs biliaires peuvent être éliminés avec facilité par le côlon. C'est pour eux un chemin tout tracé et, pour le calculeux qui est possesseur de ce repli, une disposition heureuse qui lui évite les plus dangereuses des complications (1).

---

sorte d'hydropisie enkystée toute spéciale. (Malgaigne. — *Traité d'anatomie chirurgicale*, tome II, p. 309, 1859). « Je ne sais si un fait semblable a jamais été observé. » (Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique*, 1879, p. 788.)

(1) Cette disposition peut expliquer, dans une certaine mesure, pourquoi M. Thiriar trouva un jour des calculs biliaires sous la séreuse péritonéale, au voisinage du côlon (voir dans les comptes rendus de la *Société de Chirurgie*, 1887, l'analyse de l'obs. de M. Thiriar et les remarques de M. Pozzi).

VII.

Un cas d'asphyxie par strangulation : abaissement considérable de la température; guérison;

Par BOURNEVILLE.

A propos d'une note de M. Terrien sur les *Phénomènes consécutifs à deux tentatives de pendaison*, publiée dans le n° 38 (t. VI) du *Progrès médical* de 1887, nous avons rappelé l'observation suivante que nous avons recueillie en 1869 pendant notre internat dans le service de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis (1) et qu'il nous semble utile de reproduire ici.

N..., ouvrier doreur, âgé de 62 ans, quitta sa femme, avec laquelle il avait gaiement déjeuné à midi, et retourna à son atelier où il fut trouvé à une heure un quart pendu à l'aide d'une corde et ne présentant aucun signe de vie. La corde dont il s'était servi avait environ deux centimètres de diamètre. Peu après un médecin qu'on avait appelé saigna le malade et l'envoya à l'hôpital Saint-Louis où nous le vîmes immédiatement, c'est-à-dire une heure après l'événement. Le pouls était perceptible, à 84 ; la respiration était irrégulière, diaphragmatique ; la température rectale était de 34°,1. L'insensibilité était complète et la connaissance tout à fait abolie. La face était cyanosée ; la peau uniformément froide. Les pupilles étaient normales, égales et contractiles. Nous fîmes appliquer des sinapismes sur les jambes, les cuisses et à la nuque, frictionner le tronc avec de l'alcool camphré, en même temps que nous faisions des inhalations d'ammoniaque, qui ne déterminèrent pas d'éternuement. L'électrisation des muscles du

(1) Cette observation a été publiée dans *The Lancet*, 1870, I, p. 446.

thorax fut ensuite pratiquée. La respiration devint un peu plus régulière, mais l'état général restait le même.

Deux heures après l'accident le pouls était à 72-76 et la température toujours à 34°,1. On continua les frictions et on mit des ventouses sèches sur la poitrine et les membres inférieurs.

Trois heures après l'accident : P. 72 ; T. R. 36°,8 ; respiration plus régulière, quelques mouvements convulsifs des membres supérieurs ; agitation. *Traitement* : Julep avec acétate d'ammoniaque ; lavement purgatif, etc.

Cinq heures après, le pouls était à 80, la respiration ronflante à 18 ; la température rectale à 38°,4 ; la peau chaude.

Six heures après l'accident : le pouls était le même, la respiration à 20 et la température à 40°,3. La face était devenue rouge, la chaleur de la peau avait augmenté et le malade dormait. Pour diminuer la congestion on applique des cataplasmes sinapisés sur les cuisses et les mollets.

Huit heures après la tentative de pendaison : P. 92 ; R. 24 ; T. R. 39°,6. Le malade repose tranquillement. Dix heures après : P. 96 ; R. 24. T. R. 39°,1.

Le 28 septembre, à 9 heures du matin, c'est-à-dire 20 heures après l'accident : P. 88 ; R. 20 ; T. R. 39°,3. Le malade a dormi paisiblement depuis neuf heures du soir. Il était alors éveillé et se plaignait d'un sentiment de pesanteur, la mémoire était confuse, la respiration normale et les battements du cœur réguliers. Dans la soirée (28 heures après la pendaison) : P. 76 ; R. 20 ; T. R. 39°. Le malade avait eu trois selles abondantes. Il avait parlé un peu ; il ne voulait pas dire pourquoi il s'était pendu et n'avait aucun souvenir de ce qui lui était arrivé.

A partir de ce moment, l'amélioration fit des progrès rapides. On observa toutefois une congestion du poumon droit suivie d'un léger épanchement pleurétique qui nécessitèrent le séjour à l'hôpital jusqu'au 7 octobre.

La particularité qu'il importe de relever dans cette observation, c'est la marche de la *température centrale*. Elle présente tout d'abord un *abaissement* considérable, puis une *élévation* consécutive.

La température, une heure après la pendaison, était descendue à 34°,1, soit environ 3°,4 au-dessous de la température moyenne normale (37°,5). Ce n'est que trois heures après que la température se relève pour atteindre assez rapidement dix heures après l'accident, 40°,3, soit 2°,8 au-dessus de la température naturelle. Aussitôt la

température a commencé à s'abaisser, non pas avec la rapidité notée pour l'ascension, mais, au contraire, avec lenteur. Elle s'est, en effet, maintenue au-dessus de 39° pendant vingt-quatre heures, et ce n'est que le troisième jour, à dater de l'accident, qu'elle a descendu de 39° au taux normal. Ces renseignements sur la température, chez un pendu ramené à la vie, nous ont paru mériter d'être connus.

VIII.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés ;

Par P. SOLLIER.

Quoique très fréquentes et très variées les anomalies et les lésions dentaires chez les dégénérés ont été peu étudiées, même par les auteurs qui ont écrit des ouvrages spéciaux sur les anomalies dentaires en général. Cette question est pour la première fois traitée dans deux mémoires anglais, celui de Ballard, paru en 1860 et celui de Langdon Down, paru en 1861. — Mais c'est à M. Bourneville qu'on doit le travail le plus complet et le plus précis qui ait été écrit jusqu'à présent sur ce sujet, travail qui parut en 1862 et dans lequel l'auteur signala la plupart des particularités remarquables que présente la dentition des idiots. Mais si ces anomalies sont connues d'une façon générale et regardées comme très fréquentes, il s'en faut que leur fréquence absolue et relative soit établie d'une façon rigoureuse, ni même approximative. C'est le but que s'est surtout proposé Mme Alice Sollier, dans sa thèse de doctorat, faite sous l'inspiration et dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre.

Son travail repose sur l'étude détaillée de la dentition de 100 idiots pris au hasard, et une description minutieuse de toutes les dents est faite pour chacun d'eux. On se représente facilement la somme de travail que cela a dû demander. — Un assez grand nombre de dessins que nous reproduisons en partie ici montrent d'ailleurs mieux que tout ce qu'on pourrait dire la va-

riété et la multiplicité des lésions et des anomalies qu'on observe chez ces dégénérés inférieurs. — L'auteur a pu ainsi établir une statistique précise. Mais Mme Sollier ne s'est pas bornée à cette besogne un peu aride et a cherché, en outre, à élucider plusieurs points intéressants qui se rattachent aux lésions dentaires, en même temps qu'elle met en évidence certaines anomalies qui semblent avoir échappé aux auteurs qui l'ont précédée. Les *figures* 12, et 13, peuvent donner une idée de la complexité des anomalies qu'on rencontre chez les idiots.

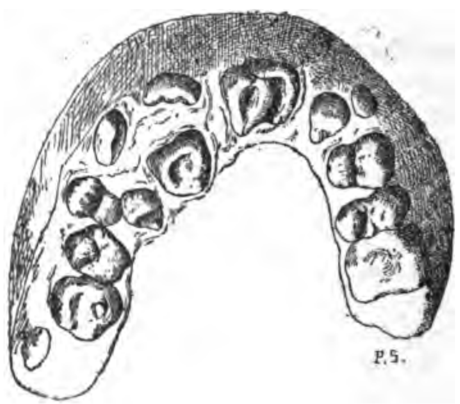


Fig. 12.

D'une façon générale, l'idiotie avec ou sans épilepsie prédispose aux arrêts de développement, aux anomalies et aux lésions de l'appareil dentaire dans une proportion qui n'est pas moindre de 91 %. Il est à remarquer que l'idiotie congénitale ne paraît pas avoir plus d'influence à cet égard que celle acquise pendant la première dentition. C'est en effet presque exclusivement la deuxième dentition qui est atteinte. Parfois même on observe de la précocité de la première dentition (13 %) et l'auteur cite l'observation d'un enfant qui présentait une dent à la naissance, quoique atteint d'idiotie congénitale. — Néanmoins le retard de la pre-

mière dentition est plus commun et se rencontre environ dans un 1/4 des cas, ce qui en somme n'est pas très

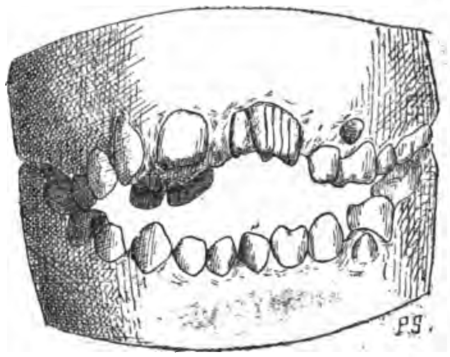


Fig. 13.

fréquent, si l'on songe combien souvent on rencontre ce retard chez des enfants parfaitement normaux. Si la

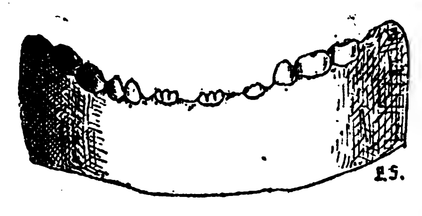


Fig. 14.

première dentition peut être précoce dans son apparition, il est par contre exceptionnel qu'elle présente la même

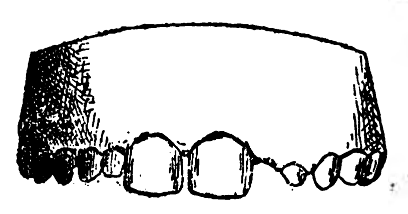


Fig. 15.

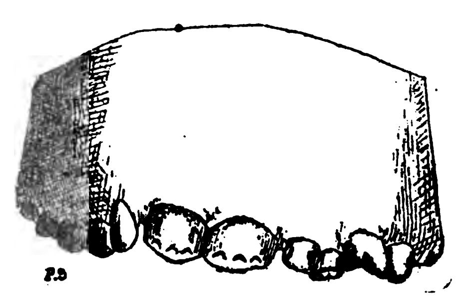
précocité dans sa chute qui est bien plutôt retardée. Du reste, comme nous le disions tout à l'heure, les ano-

malies portent surtout sur la deuxième dentition qui présente dans plus du 1/3 des cas (36 °/₀) un retard plus ou moins marqué dans son apparition, retard plus fréquent d'ailleurs chez les idiots que chez les épileptiques plus ou moins arriérés.



Fig. 16.

Le microdontisme est assez fréquent (14 °/₀) et est ordinairement associé à d'autres anomalies et en particulier au géantisme des molaires. (*Fig.* 14, 15, 16, 17), — Le géantisme est un peu moins commun (11°/°) et



Fig, 17.

porte surtout, ainsi que l'avait remarqué M. Bourneville, sur les incisives médianes supérieures. (*Fig.* 18). Il semble y avoir entre ces deux anomalies une véritable compensation et cela est d'autant plus probable que dans certains cas on observe une fusion de deux dents.

Il n'y a plus alors seulement compensation, et l'on constate à côté d'une dent géante l'absence de la dent voisine, circonstance qui explique à la fois la genèse du géantisme et celle de l'absence de dents au moins dans un certain nombre de cas. Cette absence de dents, en

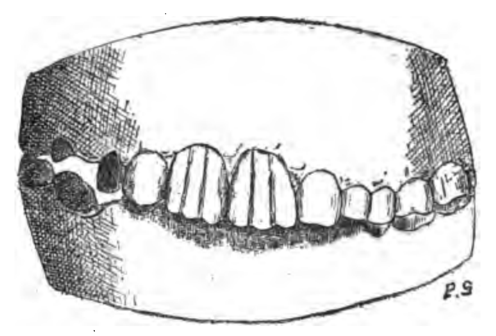


Fig. 18.

dehors bien entendu du retard de la deuxième dentition est relativement peu rare puisqu'on l'observe 11 fois sur 100. Par contre les dents supplémentaires sont absolument exceptionnelles (2 °/₀). A côté de ces anomalies de volume se trouvent en grand nombre des anomalies de la forme générale des dents, consistant en tubercules supplémentaires, en dentelures, etc., etc., qui se montrent dans plus de la moitié des cas (53 °/₀). L'implantation est aussi très souvent irrégulière (34 °/₀)

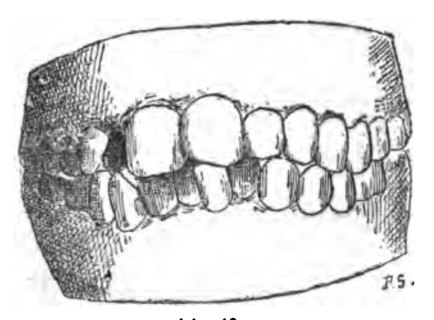


Fig. 19.

(*Fig.* 19), mais les anomalies de siège sont rares et toujours peu marquées (*Fig.* 20). — De toutes les irrégularités des dents, celles de leur direction sont le plus souvent observées (80 °/₀) et portent principalement sur les incisives et les canines (*Fig.* 21).

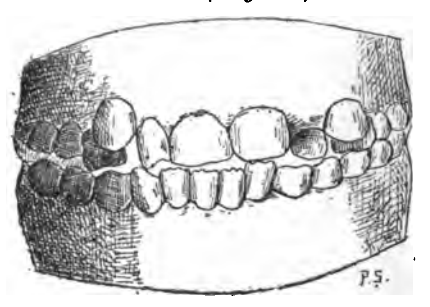


Fig. 20.

Des anomalies, l'auteur passe aux lésions proprement dites avec l'étude des érosions qui soulèvent une importante question pathogénique. Suivant que les auteurs ont observé dans tel ou tel milieu, ils ont émis des opi-

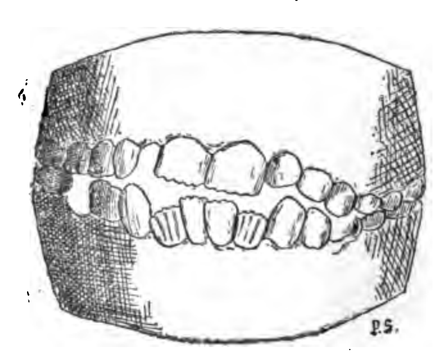
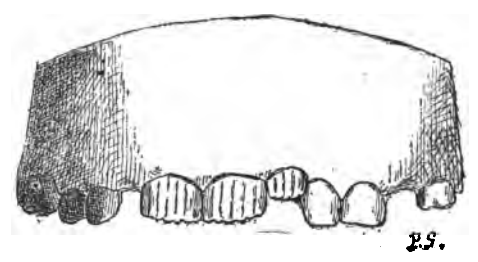


Fig. 21.

nions différentes. Trois théories ont cours sur la pathogénie de l'érosion. La première est la doctrine éclamptique, défendue par M. Magitot et ses élèves. Pour eux, les érosions seraient *toujours* dues à des *convulsions*, et les convulsions entraîneraient *toujours* des érosions.

La seconde opinion que défend Hutchinson les rattache toujours à la syphilis héréditaire. Enfin le professeur Fournier professe une opinion éclectique. C'est à elle que Mme Sollier se rattache également, mais en partie seulement, car elle va plus loin et, généralisant la question, elle croit pouvoir affirmer que c'est *avant tout* la dégénérescence, épilepsie, idiotie, syphilis, et même sans convulsions, qui est la seule influence capable de produire l'érosion. Du reste, les chiffres font facilement justice de toutes les théories, et d'après les tableaux très précis que l'auteur présente, on voit que dans le tiers des cas seulement, les convulsions s'accompagnent d'érosions, que souvent, d'autre part, il y a des érosions sans qu'il y ait eu de convulsions, et il ressort que les



Fig, 22.

érosions sont plus fréquentes sans convulsions qu'après convulsions. Quant à la théorie hérédo-syphilitique, déjà fort contestée dans son absolutisme, il suffit de dire que sur les cent idiots examinés, aucun n'était syphilitique héréditaire, quoique un grand nombre présentât des érosions. Mais ce n'est pas tout, et on observe sur les dents deux autres genres de lésions, des sillons et des crénelures. Les sillons sont toujours longitudinaux et ne présentent aucune lésion de l'émail à leur niveau. C'est simplement la persistance de ce qui existe au moment de l'éruption des dents. (*Fig*. 18 et 22). Jamais on ne rencontre les sillons blancs transversaux que le professeur Fournier a décrits dans la syphilis héréditaire. Les sillons longitudinaux sont extrêmement fréquents,

41 0/0, mais plus fréquentes encore sont les crénelures (58 0/0). Ces dernières même ont ceci de particulier qu'elles coïncident bien plus souvent que les érosions, avec les convulsions ; mais on ne saurait davantage voir entre ces deux choses une relation de cause à effet sans s'exposer aux critiques que soulève la théorie éclampti-

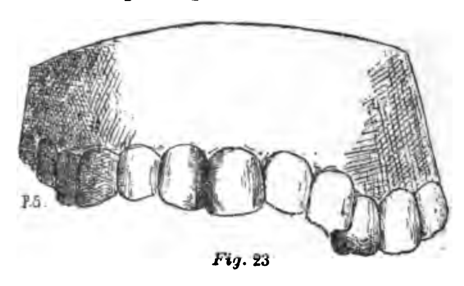


Fig. 23

que de l'érosion. Aussi l'auteur ne voit-elle là qu'un arrêt de développement produit par l'état de dégénérescence de l'individu, que cette dégénérescence soit ou non le fait de convulsions. Ces trois lésions : sillons, érosions, crénelures se montrent d'ailleurs rarement isolées, et sont très souvent associées. Tout le chapitre qui les

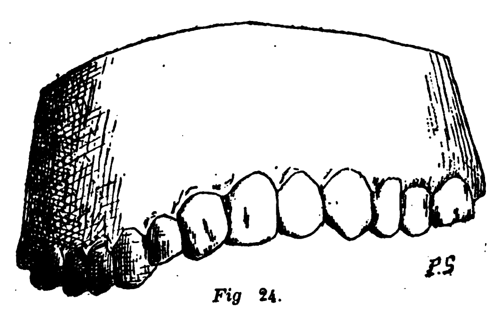


Fig 24.

concerne est des plus intéressants et fait l'objet d'une critique qui nous paraît presque irréfutable, basée qu'elle est sur des faits précis et minutieusement observés.

L'auteur note, en outre, la défectuosité très fréquente de l'articulation (43 0/0) ainsi que de la voûte palatine (45 0/0). Quant à la carie et au tartre, bien que fréquents,

ce sont des lésions banales et qui ne se rattachent pas particulièrement à l'idiotie.

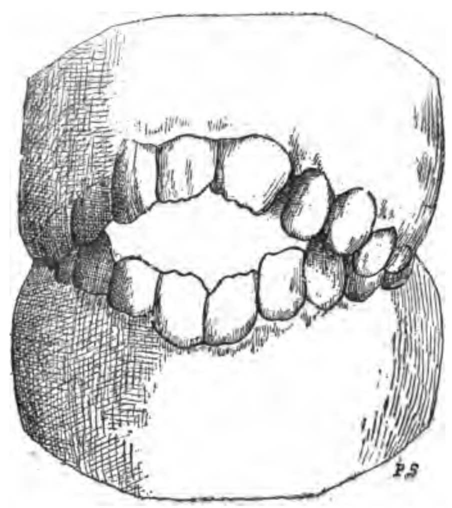


Fig. 2[illegible].

M. Bourneville avait signalé autrefois une anomalie

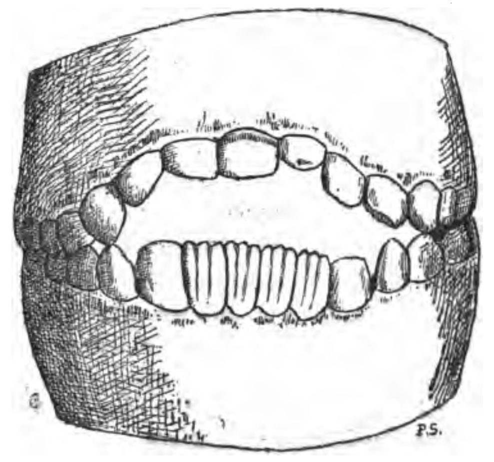


Fig. 2[illegible].

des arcades dentaires, qui au lieu d'être elliptiques étaient formées de trois lignes droites, une antérieure

et deux latérales. L'auteur en signale deux nouvelles non encore décrites : la première, délicate à voir sur le vivant et surtout appréciable sur des moulages, consiste dans une différence de niveau entre les branches homologues de la mâchoire supérieure (*Fig.* 23 et 24). La seconde consiste dans une sorte d'échancrure dont les dessins ci-dessous donnent une excellente idée (*Fig.* 25, 26 et 27).

A côté des résultats statistiques très consciencieux et très précis auxquels est arrivé l'auteur, il y a donc

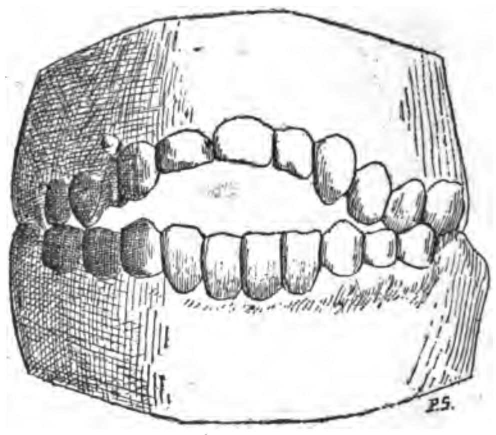


Fig. 27.

aussi dans ce travail un grand nombre de points nouveaux, originaux ou critiques, qui en font une œuvre intéressante et qui vient apporter un appoint sérieux à l'histoire des dégénérescences dans l'espèce humaine.

Personne plus que son auteur, qui s'est dès longtemps consacré à l'art dentaire en même temps qu'à l'étude de la médecine, n'était du reste à même de mener à bien un semblable sujet qui intéresse à la fois l'anthropologiste, le médecin et le dentiste.

IX.

Folie de l'adolescence. — Instabilité mentale. — Idées vagues de persécution.— Succube ;

Par BOURNEVILLE et SOLLIER.

Parmi les cas déjà assez nombreux de *folie de l'enfance* que nous avons observés, le suivant nous paraît mériter, à des titres divers, l'attention du lecteur. Les *illusions génitales*, accusées par le malade, ont joué un rôle prédominant qui permet de les rapprocher de celles qu'on observait autrefois chez certains démoniaques.

SOMMAIRE. — *Tante paternelle : mauvaise conduite. Grand'mère maternelle : emportée. — Sœur morte de méningite avec convulsions.— Colères dans l'enfance. Caractère entêté, instabilité. — A 15 ans et demi, onanisme.— Sommeil mauvais. — Paresse, négligence, querelles fréquentes. — Accès de rire nocturnes et diurnes, sans motif. — Idées de persécution, menaces. — Accusations d'incorporation contre sa mère. — Plaintes au procureur de la République et au préfet de police. — Hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et de la sensibilité générale. — Accès d'excitation, menaces et coups. — Disparition des idées d'incorporation. — Persistance d'hallucinations de l'ouïe.— Refus de travail. — Alternatives de dépression et d'excitation.— Evasion.— Réintégration — Renvoyé comme guéri.*

Gaug... (Georges), 17 ans, né le 12 mai 1867, couvreur, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 9 juin 1884.

Renseignements fournis par sa mère (21 juin 1884). — *Père*, 49 ans, cordonnier, bien portant, marié à 31 ans, n'a pas fait de maladie depuis lors. Caractère un peu vif; bon ouvrier. Pas d'indice de maladie de peau ni de syphilis. Pas de migraines ni de rhumatismes. Sobre. [*Père* mort à 73 ou 74 ans; on ne sait de quoi. Journalier aux champs. Il s'était remarié et avait abandonné les enfants du premier lit, dont est le père de notre malade. Il n'était ni en enfance, ni paralysé à sa mort. — *Grands parents paternels*, morts âgés. — *Grands parents maternels*, pas de détails. — Un *frère* bien portant, ainsi que ses deux enfants. — Une *sœur* en bonne santé, de même que ses deux filles. Du second lit, il a un *frère* bien portant et une *sœur* dont on n'a pas de nouvelles; elle se conduit mal et on ne sait si elle vit encore. — Ni aliénés, ni épileptiques, ni paralytiques, ni suicidés, ni criminels, etc., etc., dans la famille.

Mère, 42 ans, travaille à la chaussure; brune, assez intelligente. Physionomie régulière, mais un peu vulgaire. Son fils lui ressemble. Pas de convulsions dans l'enfance. Mariée à 23 ans, bien portante. Pas de migraines; quelquefois, mais rarement, des douleurs de tête. Pas de maladie de peau ni de rhumatisme. Caractère calme; n'est pas nerveuse. [*Père,* berger, mort à 60 ans d'une fluxion de poitrine, sobre, pas d'accidents nerveux. — *Mère*, 68 ans, bien portante, pas nerveuse, mais emportée. — *Grand père paternel* mort très vieux, on ne sait de quoi.—*Grand'mère paternelle,* pas de renseignements. — *Grand père paternel*, pas de détails. Avait été seulement l'amant de la *grand' mère maternelle*, laquelle est morte de vieillesse à 84 ans. De deux *frères*, l'un est mort à 19 ans poitrinaire; l'autre est bien portant, ainsi que son fils. Une *sœur* est également bien portante. Pas d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, etc., etc., dans la famille. — Pas de consanguinité.

4 *enfants*: 1° notre malade; — 2° fille morte en nourrice, à six semaines, d'athrepsie, sans convulsions; — 3° fille morte à 9 jours, de diarrhée avec vomissements, sans convulsions; — 4° fille morte à 4 ans, d'une *méningite* consécutive à la coqueluche. Elle a eu des *convulsions* et est restée huit jours sans connaissance.

Notre malade. — La *conception* a eu lieu les premiers jours du mariage dans de bonnes conditions physiques et morales des deux côtés.— Pas d'émotions, pas de traumatisme, pas d'excès pendant la *grossesse*, qui s'est seulement accompagnée de fréquents vomissements. — L'*accouchement* a eu lieu à terme, et s'est fait sans chloroforme ni forceps, quoique laborieusement. Pas d'asphyxie *à la naissance*, mais l'enfant était chétif, et « on aurait dit qu'il souffrait. » — Il a été élevé au biberon avec du lait de vache, chez sa grand'mère, où il est resté jusqu'à 3 ans. Il aurait eu de la diarrhée à 3 mois. Il a commencé à marcher à un an et à parler à 13 mois. Il n'a guère été propre qu'à 2 ans 1/2, mais la grand'mère ne s'en préoccupait pas. A aucune époque il n'a eu de convulsions. Les *premières dents* ont paru à sept mois. — A 4 ans 1/2, *rougeole* et *coqueluche* légère; à diverses reprises diarrhée.— Depuis, il n'eut aucune autre maladie. — Pas d'otite, de gourmes, d'adénites, etc. Il présenta seulement quelques croûtes d'impétigo à la face, et il eut « comme un grand feu dans la bouche et à la joue gauche. »

Envoyé à l'asile des sœurs, il apprenait peu, était turbulent et très joueur.— Entêté et méchant avec les autres enfants, il voulait les faire marcher, et avait parfois de *fortes colères.* — Mis à l'école à 7 ans, il continua à être entêté, mais apprit bien, eut toujours des prix, gagna une bourse de 100 francs et fut admis à l'école Turgot. Il avait 13 ans, mais n'entra pas à cette école, un parent ayant conseillé de le placer dans le commerce d'exportation, où il resta jusqu'à 14 ans 1/2 (août 1880 à février 1882). — On était content de lui pour son travail, mais peu à peu son *caractère est devenu méchant*, fier, entier. Il se croyait au-dessus des autres, et ne voulait pas recevoir d'ordres. Son patron l'a renvoyé en 1882, l'enfant se moquant de lui et refusant de lui obéir. Il est alors rentré chez ses parents pendant 15 jours, durant lesquels on n'a rien remarqué de particulier, ni douleurs de tête, ni onanisme. On l'a placé alors dans une plomberie, où il faisait les recettes, les mémoires, des métrés, etc. On en était satisfait; mais peu à peu, il s'est fâché avec les cinq employés de la maison dont il n'acceptait aucune plaisanterie. Il était toujours entêté, propre et coquet de sa tenue, et ses minuties lui attiraient

les moqueries de ses camarades. Au bout de 18 mois son patron l'a renvoyé, disant qu'il ne voulait pas de discussions dans son bureau. Il avait alors 16 ans (juillet 1883). Depuis 15 ans 1/2 sa mère avait remarqué des *taches de sperme* sur ses draps. Se masturbait-il, ou avait-il des pertes nocturnes, on ne sait ? Il était assez grand déjà à cette époque, ayant des poils au pénil, mais pas encore de barbe. Il fut replacé peu après chez un autre plombier où il gagnait 110 fr. par mois au bout de trois semaines. Mais il se ralentit dans son travail; en août il eut de nombreuses querelles dues à son entêtement, et en novembre son caractère était devenu encore plus mauvais, surtout à la maison. On ne pouvait rien lui dire, et il envoyait promener sa mère pour le plus léger motif. Il continuait cependant à fréquenter l'école du soir.

Vers la fin de novembre, on remarqua qu'il avait les yeux cernés et qu'il était parfois comme hébété, mais sans douleurs de tête. Le sommeil était mauvais, plus court que d'habitude, toutefois il ne se compliquait point de *cauchemars*. G... devint paresseux et cessa d'aller à l'école du soir. On ne pouvait plus le faire lever bien qu'il ne dormît pas. Il ne refusait cependant pas de travailler; mais son ancienne activité était remplacée par une tendance à l'inertie. — De coquet qu'il était, il devenait paresseux pour s'habiller. Il fallait lui demander vingt fois le plus petit service d'intérieur avant de l'obtenir.

En janvier 1883, il s'est mis à *rire* au milieu de la nuit, ce qui lui arrivait aussi quelquefois le soir en rentrant de son travail. Une fois sa mère le surprit la tête dans ses mains et riant comme un fou, mettant son mouchoir devant sa bouche pour rire. Interrogé sur ses *rires nocturnes*, il répondait par des raisons niaises ou pas du tout. Son père est alors allé voir son patron et celui-ci lui a déclaré qu'on ne pouvait plus rien en faire, qu'il ne faisait plus le tiers de sa besogne. A l'atelier aussi, il était pris d'*accès de rire*. Tout le monde disait qu'il était malade, qu'il était fou.

Repris par ses parents en février 1884, il présenta les mêmes accès de rire. Un médecin lui prescrivit du bromure de potassium et les bains sulfureux. Conduit à l'Asile

clinique (Sainte-Anne), M. Magnan lui ordonna des douches qu'il prit régulièrement à Saint-Louis. Son père essayait de le faire travailler à la maison : tantôt il acceptait, tantôt il refusait. Une potion calmante avait rendu le sommeil meilleur. Mais, au bout de quinze jours, il fut *repris de ses rires nocturnes*. Bien que la mère de l'enfant eut conseillé à son mari, en menant l'enfant à Sainte-Anne, de signaler l'onanisme, il n'en dit rien à M. Magnan. On apprit alors de son patron que souvent il se masturbait dans les cabinets, surtout vers novembre 1883, et dans son lit il y avait moins de taches depuis ce moment. Reconduit à Sainte-Anne, M. Magnan conseilla de l'envoyer à la campagne. On le conduisit à Argentan chez son oncle et son beau grand-père. Celui-ci, maçon, l'emmenait avec lui travailler. Les accès de rire avaient disparu. Mais, au bout de quatre semaines d'amélioration, il refusa de travailler, allait se promener, ne lisait plus. Il avait acheté une glace et se regardait dedans sans cesse. Une fois, il fit le tour de la ville son parapluie ouvert, bien qu'il ne plut pas. Ses parents écrivirent alors à son père qu'ils ne pouvaient plus le garder et qu'il fallait venir le chercher. Il voulait de l'argent pour vivre libre et indépendant, voulait aller faire des « dessins à Honfleur », disait que si on voulait l'emmener d'Argentan, il ferait un mauvais coup. Son père répondit qu'on le lui renvoyât, mais, ayant paru mieux à ce moment, on le garda. Deux jours après, il retomba : il prétendait que des gens l'électrisaient et qu'il fallait les faire arrêter ; il ne parlait que du commissaire de police. Son père fut de nouveau prévenu, et sa mère vint le chercher. Mais il ne voulait pas revenir avec elle, disant que c'était pour le mettre à Sainte-Anne. Il sauta au cou de sa mère et voulut l'étrangler, et il resta coucher dehors, disant « *qu'il ne voulait pas coucher sous le même toit que sa mère.* » On le voyait se lever tout à coup, en gesticulant. A 8 heures, il revint chez son oncle, mais refusa de partir avec sa mère. Il voulait qu'on arrêtât les gens qui l'électrisaient. Tout à coup, pendant le déjeuner, il se mit à injurier sa mère, l'appelant idiote, disant qu'elle était « *une exploiteuse de la nature* ». « Tu es une faiseuse d'idiots, tu es une putain, je vais te botter. » — Il l'accusait d'avoir fait mourir sa sœur, de vouloir le faire mourir aussi. Il a même essayé

de lui donner un coup de couteau et a menacé son oncle. On a été obligé d'aller chercher les gendarmes qui lui ont mis les menottes et l'ont enfermé au violon, dans une salle de la tour dont son oncle est concierge. On l'a ensuite conduit à l'hospice d'Argentan, d'où il a essayé de se sauver le jour même. — Il voulait qu'on lui fasse des rentes. « Je ne veux pas m'en aller d'ici, disait-il ; je veux les papiers de magistrature en mains ; je veux quatre francs par jour et vivre indépendant. » Il ne parlait pas d'*incorporation* (1). Son père est alors venu à Argentan et lui a dit qu'on lui ferait ses quatre francs par jour, mais qu'il fallait aller signer des papiers à Paris : l'économe, les sœurs lui avaient persuadé aussi qu'il le fallait.

En chemin de fer, il était comme en pleine santé, faisant des remarques raisonnables. Arrivé à Paris, ses parents eurent beaucoup de difficultés pour le placer, le commissaire de police n'ayant pas voulu voir les pièces de son collègue d'Argentan... Gaug... coucha chez ses parents et passa une assez bonne nuit. Le lendemain matin il alla avec son père à l'Asile clinique. La consultation n'ayant lieu que le lendemain, ils revinrent déjeuner à la maison. Il déjeuna tranquillement, puis sortit à une heure et demie et ne rentra que le soir à huit heures, ayant cassé son parapluie, et disant qu'il venait des Invalides. Comme il était en sueur, *sa mère voulut l'essuyer, mais il la repoussa*. Il dînait tranquillement, quand tout à coup il se leva de table et prit son paletot. « Où vas-tu ? lui demanda son père ? » « Moi je ne couche pas ici, répondit-il, donne-moi deux francs. » Sa mère faisant des observations et voulant le retenir, il lui dit : « Laisse-moi tranquille ou je t'étrangle. » Alors il se sauva malgré les efforts de voisins pour l'en empêcher : « *Pour ma sécurité*, leur criait-il, *je me sauve de mes parents.* » — Parents et camarades ont couru après lui pendant quelque temps, et découragés ont fini par le laisser. Il est allé coucher chez un de ses cousins. A son arrivée chez celui-ci, il était tout bouleversé, proférant des menaces contre ses parents. Sa cousine, qui l'avait reçu, ne savait rien de ce qu'il avait eu

(1) Les expressions relevées plus haut « une exploiteuse de la nature » semblent indiquer que cette idée le hantait déjà.

dans ces derniers temps. Il lui raconta son voyage à Argentan, et lui dit ensuite qu'il allait coucher du côté de la Madeleine, qu'il casserait de belles glaces afin de faire dépenser de l'argent à ses parents et de se faire arrêter dans un grand quartier. Son cousin étant rentré, essaya de lui faire entendre raison. Il se calma un peu et revint avec son cousin prévenir ses parents qu'il coucherait chez lui, répétant que pour sa sécurité il ne voulait pas coucher chez ses père et mère. Le lendemain, son père alla le chercher chez son cousin. Il était calme et le suivit d'abord; mais, au bout d'un certain temps, il déclara ne pas vouloir se rendre à la maison et entama une vive discussion avec son père qui fit signe à un agent. Quand celui-ci voulut l'arrêter, l'enfant essaya de le faire tomber. Il fut conduit chez le commissaire de police, puis au dépôt, et de là à Sainte-Anne, le 15 mai. Jamais chez lui il n'avait proféré d'accusations relativement à la mort de sa petite sœur. Celle-ci, qu'il paraissait aimer beaucoup, était morte quand il avait à peine 9 ans. Après sa mort et jusqu'à sa maladie, il n'en parlait jamais. On en était même surpris. Il n'en était pas jaloux.

On ne pense pas qu'il ait jamais eu de rapports sexuels. Il ne semblait pas faire attention aux petites filles. A partir de l'époque où il a quitté l'école il a cessé de voir ses camarades; il n'aimait ni jouer, ni rire. Il trouvait bêtes ceux qui s'amusaient. Il était sombre, et son père lui disait: « Mais, mon garçon, tu es plus vieux que moi. » On assure que c'est quelques jours avant de partir à Argentan qu'il s'est montré grossier envers sa mère. De là une dispute avec son père qui lui a donné un soufflet dont il a essayé de se venger. Il n'y avait jamais eu de scène semblable, et jamais il ne s'était révolté contre son père. On assure que jamais il n'avait parlé d'*incorporation* avant son entrée à Sainte-Anne. « Etant à Argentan, dit sa mère, il nous blâmait un jour, et dit à ses parents, « que son père était un juif, et que moi j'étais une grosse vache. » — Sa mère le visita plusieurs fois à Sainte-Anne. Le premier jour il la reçut bien, mais une autre fois on a refusé de le lui laisser voir parce qu'il était très surexcité. L'interne de M. Magnan aurait dit qu'on ne pouvait le garder à Sainte-Anne parce qu'on n'avait pas là ce qu'il fallait pour le

maintenir et qu'on allait l'envoyer à Bicêtre. Le même interne disait que le malade avait cassé des carreaux, battu un enfant, et qu'il déchirait tout.

Notre malade aimait assez sa mère jusqu'à 12 ans; il n'a jamais aimé son père, qui le corrigeait quelquefois. Sa mère assure ne l'avoir jamais frappé, tandis que son père était exigeant pour ses leçons et très ambitieux pour lui, disant qu'il ne voulait pas que son fils fût un ouvrier comme lui. En septembre 1883, son second patron l'avait accusé d'avoir fait une surlivraison dans sa première maison au profit de la personne qui lui avait procuré la place. Il s'était vivement préoccupé de cette suspicion et sa mère se demande si elle n'aurait pas été cause de la maladie actuelle.

Etat actuel. — *Poids*, 49 k. 200; *taille*, 1 m 55.— *Crâne* régulier, très rond.

Diamètre antéro-postérieur. . . .	175	millim.
Diamètre transverse maximum . .	165	—
Circonférence du crâne à la base.	54	cent.
D'une oreille à l'autre.	34	—
De la racine du nez à la protubérance occipitale.	33	—

Face triangulaire, peu allongée, large, trop développée même par rapport au crâne. *Front* régulier, large, assez haut, un peu fuyant en haut. Bosses frontales assez saillantes; *nez* droit, un peu épaté; arcades sourcilières peu saillantes; *yeux* larges, pupilles égales, iris brun; *joues* assez saillantes au niveau des régions molaires, plates au-dessous; *bouche* moyenne, *lèvres* un peu épaisses. *Menton* rond, régulier. *Oreilles* épaisses, peu ourlées, — lobule mal détaché. — *Cou* moyen (33 cent). — *Thorax* régulier bien conformé.

Membres supérieurs et inférieurs bien constitués.

Organes génitaux. Poils abondants et frisés au pénil, abondants à l'anus. Bourses pendantes. Testicules égaux, de la grosseur d'une petite noix. Gland peu développé, découvrable, mais le prépuce le recouvre complétement à l'état ordinaire et est un peu serré.

Peau. Taches de rousseur sur tout le visage. Quelques boutons d'acné sur le nez, la poitrine et la partie supé-

rieure du dos. Trois cicatrices de vaccine dont une très grande à la partie postérieure de la région deltoïdienne droite. Cicatrice transversale sur le nez, consécutive à un coup de pierre. — Légère adénite inguinale, surtout à droite. Cheveux et sourcils bruns. Quelques poils bruns sur les jambes.

La *sensibilité générale* est la même des deux côtés.—La *vue*, l'*ouïe*, l'*odorat* et le *goût* sont normaux.

Appareils respiratoire, circulatoire et digestif, rien à noter.

Voici maintenant les notes qui ont été recueillies sur le malade pendant son séjour à l'hospice. On verra les détails qu'il donne sur les rapports sexuels qu'il prétendait avoir la nuit avec sa mère.

11 *juin*. Le malade donne quelques renseignements sur sa maladie. Il dit avoir adressé une dénonciation au Procureur de la République, et qu'il en prépare une nouvelle dont voici la copie :

A Monsieur le Procureur de la République,

J'ai l'honneur de vous confirmer la plainte que j'ai portée contre mes parents, Antoine Gaug.... mon père et Célina Baz... son épouse, ma mère, demeurant tous deux rue.... n° 26, chez le commissaire de police de la rue Vicq-d'Azir, qui a dû vous la faire transmettre par la préfecture de police de Paris.

Je suis toujours resté chez mes parents et n'ai jamais eu aucune difficulté avec eux. J'ai toujours été dans les meilleurs rapports avec toute ma famille. Je suis allé en classe jusqu'à 13 ans 1/2; il n'y a jamais eu de plaintes à former contre moi. Voici le récit de la plainte que je viens vous confirmer et je vous fais connaître en même temps mon transfert à Sainte-Anne, rue Cabanis, et ensuite à l'hôpital de Santé de Bicêtre où je ne suis que momentanément.

J'ai à me plaindre d'*actions indécentes réellement exécutées par ma mère de complicité avec mon père, la nuit pendant mon sommeil*, depuis l'âge de 14 ans 1/2. Mais jusqu'ici je n'avais eu que des doutes et ces doutes m'étaient signalés par des *gestes reproduisant ceux de l'incorporation*. Je n'ai jamais pu m'en rendre compte absolument et maintes fois j'ai voulu en faire la déclaration à mes parents. Je fis des remarques de changement de couleur dans leur physionomie. Je crus que je faisais erreur.

Ce n'est que le 15 février dernier que j'en eus la preuve, presque sans chercher à m'en rendre compte cette nuit là, et voici comment. Je sentis une main me touchant la nuit pendant mon sommeil, et une odeur m'éveillant, celle de la morphine, et ensuite j'aperçus deux yeux briller dans l'ombre et me contraignant à me rendormir. *Je sentis quelque chose s'appuyer sur moi, je cherchai à me lever, j'étais attaché dans mon lit, ma mère venait d'exercer sur moi l'incorporation.* Elle *était étendue sur mon lit, les jambes sur mon ventre.* Une nouvelle odeur me suffoqua, celle de la morphine, et me contraîgnit de nouveau à me rendormir. Le lendemain à mon réveil, une nouvelle odeur encore détourna mes idées et je ne pus encore m'en apercevoir volontairement.

J'étais alors employé chez M. M.... depuis neuf mois par l'ordre de mes parents. Le 20 février je quittai ma place. J'en ignore le motif, et cependant il leur délivra un certificat attestant ma bonne conduite. Ensuite, pour prétexte d'avoir une maladie de nerfs, mes parents me conduisent à la consultation du docteur Magnan, à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, lequel docteur fit une ordonnance pour un traitement de quinze jours. J'eus des doutes même en traitement des *mêmes indécences exercées par ma mère pendant mon sommeil.* Nous retournâmes à la consultation dudit docteur, une fois les quinze jours écoulés. Il ordonna alors d'aller à la campagne et de suivre le même traitement. Je fus en Normandie chez mon oncle.

Ensuite je partis accompagné par mes parents à Paris, et je leur déclarai que mon intention formelle était de porter plainte contre eux. Je voulais aller porter plainte au commissaire de police. Le soir de notre arrivée mes parents me retinrent en me disant que j'allais recommencer à travailler, à me chercher un nouveau patron. Je suis parti me promener, je rentrai le soir. Je passai la nuit chez eux et la journée du lendemain. Le soir j'allai trouver mon cousin D..., faubourg Saint-Denis, pour lui demander un logement ; pour plus de sûreté mon cousin voulut m'accompagner chez mes parents pour leur en demander l'autorisation. Ils acceptèrent à la condition de venir me chercher le lendemain pour me conduire à la consultation à Sainte-Anne, mon père vint en effet me chercher, et il voulut me conduire chez nous.

En revenant du chemin de fer le 11 mai, nous avons passé par l'infirmerie du dépôt et ensuite chez le commissaire de police. Après avoir déjeuné le lendemain, je fis ma déclaration au commissaire de police devant mon père ; je fus conduit au dépôt et de là à Sainte-Anne. J'avais signalé au procureur de la République, d'Argentan (Orne), la plainte que je voulais for-

mer contre mes parents, en lui ordonnant de vous en informer, mais d'attendre mon retour à Paris. En le priant de vous informer que je vous demanderais une audience et qu'avant vous feriez prendre à mon arrivée à Paris, le 14 mai dernier, des renseignements aussitôt ma plainte portée au commissaire de police et à l'infirmerie du dépôt. *J'affirme que depuis l'âge de 14 ans et demi, j'ai été soumis à ces actes indécents qui n'avaient pour but que d'avancer la fin de mes jours, étant poitrinaire, et que ma mère se livrait à ces actions que pour affaiblir son système nerveux, étant atteinte d'une maladie de nerfs qui pourrait avoir pour conséquence l'idiotisme.* Je l'ignorai complétement jusqu'au 15 février. Du reste le certificat du docteur, ci-joint, vous mettra les preuves en mains. Je viens donc vous demander une audience, de comparaître afin de me faire rendre justice. Je crois utile de vous donner de nouveau les noms des patrons chez lesquels j'ai été employé et chez lesquels j'ai déclaré mes doutes plusieurs fois.

J'ai été employé chez M. P...., 5 bis, rue M...., où je suis resté pendant dix-huit mois, et ensuite successivement chez M. S...., 56 bis, rue L...., ou je fus employé pendant 18 mois et chez M. M...., 16, rue V...., où je fus employé neuf mois. Les deux derniers m'ont délivré un certificat, certifiant ma bonne conduite chez eux.

J'ose espérer, Monsieur, que vous daignerez agréer ma demande, et que vous réserverez bon accueil à ma plainte à laquelle je désirerais donner des suites immédiates. Car je me trouve dans la nécessité de me faire rendre justice, devant mourir dans quelques mois.

Veuillez agréer, Monsieur le Procureur de la République, l'assurance de ma haute considération.

Achille Gaug....

à l'hôpital.

25 *juin.* Gaug... dort bien la nuit. Il n'a pas de voix, on ne l'électrise pas ici comme à Sainte-Anne. Il reconnaissait qu'on l'électrisait à Sainte-Anne, à ce que les gens qui l'électrisaient changeaient de couleur. Il assure ne pas avoir rêvé depuis son arrivée ici. Dans la journée, prétend-il, il s'est entendu appeler par son nom sans voir les personnes ni reconnaître la voix. Il n'a pas subi encore ici l'*incorporation.* A Sainte-Anne, il ne l'a pas subie non plus. Chez lui, avant l'incorporation, il sentait tout en dormant des *odeurs* fines qu'il ne peut ni définir ni comparer. — Il n'a

pas, depuis son entrée à Bicêtre, d'hallucinations de la vue, de l'odorat, ni du goût.

Il prétend ne pas se masturber, mais on trouve cependant sur sa chemise une large tache de sperme. Il raconte aux autres enfants que chez lui, la nuit (jusqu'à cinq fois par nuit), sa mère se mettait sur lui. Çà allait par gradations, 1, 3, 5. Parfois il y avait des intervalles de huit ou quinze jours. Il n'éprouvait aucun plaisir, et sa mère s'incorporait à lui pour calmer ses nerfs à elle. Son père était probablement d'accord avec sa mère. — De temps en temps il paraît triste, se tient à l'écart des autres enfants, ne les recherche pas, au contraire, et s'ennuie beaucoup. Les autres enfants ne vont avec lui que pour se faire raconter l'*incorporation*.

Le 26 juin il écrit la lettre suivante :

A Monsieur le Procureur de la République.

Monsieur,

Vers le 15 mars dernier, j'étais à Argentan, chez mon oncle, M. L..., envoyé par mes parents pour soigner une maladie de nerfs. Les médecins de la préfecture de cette ville m'informèrent d'un fait que j'avais ignoré jusqu'ici et que je sus alors que *ma mère*, de complicité avec mon père, *exerçait l'incorporation sur moi la nuit pendant mon sommeil,* depuis l'âge de 14 ans 1/2. Je vous portai plainte par l'intermédiaire du commissaire de police.

Vers le 8 mai, ma mère vint me chercher pour me ramener à Paris. Je lui déclare alors ce que je venais de faire justifier, puis *elle m'offrit de coucher sur les planches. Elle coucha dans mon lit chez mon oncle. De peur d'être soumis aux mêmes attentats, je ne voulus pas rester chez lui, et je dus me résigner faute d'argent à passer la nuit dans la rue.* Le lendemain je rentrai déjeuner. Toute la famille était rassemblée et, en mangeant, l'*odeur de la morphine* nous mit tous en excitation. Ma grand'mère, sur l'ordre de ma mère, voulut me faire faire des gestes, dans le but de m'exciter et d'occasionner des troubles dans la famille. Tout le monde se mit à se bousculer (cette dernière phrase fut prononcée par ma grand'mère). Mon parrain et mon oncle en dernier lieu répétèrent cette seconde phrase entre la parenthèse. Cette dernière proposition leur fut soufflée d'abord par ma mère (ce sont ses propres paroles). Elle s'électrisa d'abord seule, et répéta dans l'oreille de chacun de nous ses locutions et fit tous les signes, nous forçant tous de mouvements. J'affirme, comme

ma mère le dit elle même et tout haut, qu'elle ne faisait cela que dans le but de prétendre devant mon père qui devait arriver le lendemain, que j'étais un jeune homme dangereux. Et quand j'eus dit : « allez chercher les gendarmes, elle ne « voulut pas aller les chercher, et moi qui étais tout électrisé, « je me mis à dire : « Si, on ira les chercher. » Mon oncle me dit : « Tu as tort de faire peur à ta mère, » locution qui venait de lui être soufflée dans l'oreille par ma mère. J'affirme que ces troubles se sont produits par la morphine, et je crois utile de vous signaler, ce que je fis remarquer à mon oncle L..., à mon parrain Isidore B...., à ma grand'mère Ch. B...., et à ma mère elle même. C'étaient des *changements de couleur*. Ils devenaient *noirs, rouges* et *blancs*. Ma mère déclara elle-même au commissaire que c'était elle la directrice de tous ces troubles involontaires. Je dis involontaires, et pour vous le prouver d'une façon incontestable, je prends la liberté de vous dire que la morphine est une odeur qui vous contraint à agir selon le commandement et la volonté d'un seul esprit comme je vais vous l'exposer plus loin.

Etant à table l'on me dit : « Si, fais le. » Ma grand'mère me reprit alors par le bras (ordre de ma mère). Morphine, en me disant : « montre-le comme ça à ta mère. » Je ne voulus le faire et alors je devins rouge ; ma mère me dit de le faire, et mon oncle se levant de table (morphine) me prit par le bras et me mit le couteau à la main, en faisant des signes et des gestes. Alors, je répliquai : « Nous sommes électrisés, quoique cela, je ne veux faire aucun geste menaçant. Seulement la morphine me force à le faire. Je le fais dans le but unique (soufflé), de ne pas me faire de mal, car je prétends que la morphine est la seule cause, et je déclare en outre que mes idées ne correspondent nullement avec celles qu'on me donne en ce moment. » On m'approuva tout d'abord.

Je ne fis pas, puis on me fit des signes en me disant. « fais le exprès. » Alors, je le fis par la raison ci-dessus. La famille s'effraya, d'elle-même, se mit à dire à ma mère : « Tu n'es qu'une méchante. Tu ne peux pas dire que c'est lui qui s'excite, c'est la morphine » (cette dernière phrase était répétée intérieurement par moi). J'approuvai. Je voulus encore qu'on allât chercher les gendarmes. Ma mère ne voulut point, la famille s'y opposa, et leur fit la même déclaration. Nous étions toujours électrisés, et l'on me souffla dans l'oreille : « dis que tu veux être enfermé dans la tour ». Je ne voulus point avant l'arrivée du commissaire.

Toute cette pantomime fut commandée par ma mère, aidée par la morphine. Les gendarmes étaient aussi électrisés et m'enfermèrent sur l'ordre de ma mère dans la tour. Au bout

d'une demi-heure, le commissaire vint. Je voulus être conduit à l'hôpital d'Argentan à mes frais. Après que je lui eus exposé le fait, je vous prisi d'ouvrir une enquête sur ce qui venait de se passer. Je restai huit jours dans cet hôpital où je n'ai fait aucun bruit. M. P...., médecin, délivra un certificat comme par lequel j'étais atteint de monomanie.

Je déclare que ce certificat a été délivré à tort. Mes parents vinrent tous deux à l'hôpital avec mon oncle, ma grand'mère et ma marraine simultanément. J'ajoute qu'en sortant de cet hôpital le 13 mai, mes parents se sont servis de la morphine pour me conduire au chemin de fer et que j'ai été détourné de mon intention, qui était d'aller trouver le commissaire de police. Car en venant à la gare, j'ai remarqué des *changements de couleur* sur mon oncle, ma marraine et mes parents eux-mêmes, et de temps ; je crus qu'il neigeait (soufflé), puis qu'il pleuvait (soufflé). Il faisait très beau. Les sœurs et les militaires furent aussi électrisés et j'en conclus que je suis venu à Paris par la morphine. Mes parents voulaient recommencer les mêmes manœuvres. Permettez-moi d'ajouter une phrase complètement en dehors de mon discours, mais à laquelle j'attache cependant une grande importance. Je vous le déclare franchement, la morphine est un abus, et la justice en pareil cas ne dispose pas des moyens de rendre la justice bonne, juste et humanitaire et prend le côté de la liberté. Pour que la justiee soit rendue humanitaire par la loi, il faut qu'elle entrave la liberté dans une faible proportion. Donc, il n'y a pas d'humanité, il n'y a pas de justice.

Ayant porté plainte contre mes parents à Paris et étant sur le point d'aller en audience, je viens vous prier de me faire connaître le résultat de cette enquête afin que je puisse prouver que ces faits sont involontaires et que la monomanie n'entre pour rien dans cette affaire. Vous remerciant d'avance, veuillez agréer, Monsieur le Procureur, l'assurance de ma haute considération.

Achille Gaug.....

à l'hôpital de Bicêtre,

Bicêtre (Seine).

Le même jour, 26 juin, il adresse la lettre suivante :

A Monsieur le Préfet de Police.

Monsieur,

J'ai porté plainte il y a un mois contre mes parents, les nommés Antoine G...., fermier, et Célina B...., son épouse, ma mère demeurant rue S....., n° 26, en arrivant à Paris (je fus

envoyé à Sainte-Anne et ensuite à Bicêtre), j'avais à me plaindre *d'attentats à la pudeur commis par ma mère*, de complicité avec mon père, depuis l'âge de 14 ans 1/2. Là je réclamai à mes parents de me restituer tout ce qui m'appartenait chez eux. Ils ne voulurent point et me déclarèrent qu'ils me le remettraient lorsque je leur réclamerais. J'ai déjà une montre en argent avec chaîne et médaillon en argent et un couteau monture cuivre qui ont été expédiés par les soins du commissaire de la ville d'Argentan (Orne) au mont de piété à Paris. Je voudrais faire enlever tout ce qui est à moi chez mes parents, consistant en livres, effets d'habillement et linge.

Je viens donc vous prier de faire prendre les mesures nécessaires pour faire déposer en lieu sûr tous mes biens en attendant une audience prochaine. Je désirerais si cela était possible assister à la reconnaissance pour éviter toute erreur ou toute confusion.

Espérant que vous réserverez bon accueil à ma demande, veuillez agréer, Monsieur le Préfet, toute l'assurance de ma parfaite considération.

Achille G....,

à l'hôpital de Bicêtre,

Bicêtre (Seine).

On voit par la première de ces lettres que notre malade était sujet à toutes sortes d'hallucinations, de la sensibilité générale, de l'odorat, de l'ouïe, de la vue, et dans ce dernier cas probablement, en outre, à de fausses interprétations. Les deux lettres prouvent aussi en quelle aversion il avait pris ses parents et surtout sa mère, qu'il accusait d'être son *incube*.

24 *juillet*. Quoique le malade prétende qu'il ne se touche pas, on trouve sur sa chemise de nombreuses taches de sperme. Les fonctions digestives sont bonnes, sauf un peu de constipation. Le sommeil est mauvais. Du moins, prétend-il qu'il ne dort pas, mais il n'aurait pas de visions. Il ne paraît pas avoir d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe. Il ne sent plus l'*odeur de la morphine* dont sa mère se servait pour l'*incorporation*. Pas d'hallucinations du goût. Pas d'idées de persécution.

26 *juillet*. Dans une lettre à ses parents datée de la veille, il écrit : « Il paraît que j'ai de l'argent ici, mais je demande à l'avoir. On veut me le voler, à ce que l'on me

répond. » Hier à la classe il a réclamé « ses 1.500 fr. », disant : « M. le Docteur me les a apportés. » Quand on lui demande qui est-ce qui a voulu voler son argent, il répond : « On dit ça dans la cour », et quand on lui demande quels sont les enfants qui le lui disent, il répond « *qu'il ne les voit pas, qu'il les entend dans la cour.* » On lui a fait mettre le manchon pendant la nuit. Il menace de ne plus travailler si l'on continue, et persiste à nier qu'il se masturbe. Hier, en réclamant à la classe son argent, il s'est *excité* peu à peu et on a dû le faire monter à l'infirmerie. Il se livra à des *gestes obscènes* et proféra des injures contre l'instituteur. Ce matin il eut un *accès d'excitation* contre le sous-surveillant.

Si on le pousse à travailler, il dit qu'il a mal à la tête. Interrogé à ce sujet, il répond qu'il n'a pas mal à la tête.

Voici les deux lettres qu'il adresse à ses parents les 25 et 26 juillet, envers lesquels il témoigne des sentiments plus affectueux que précédemment.

Paris, 25 juillet 1884.

Chers parents, je vais toujours la même chose. Le médecin m'a ordonné des douches. On ne va pas en promenade. Il paraît que j'ai de l'argent ici, mais je demande à l'avoir. On veut me le voler à ce qu'on répond. J'ai besoin de sortir en permission, car je m'ennuie dans Bicêtre. Je voulais vous écrire plutôt, mais les uns et les autres vous en empêchent, et avec toutes les difficultés qui se présentent je n'ai pu le faire. Si vous voulez que je demande une permission écrivez-moi par retour du courrier et je vous dirai pour quand je l'aurai obtenue. Alors vous m'apporterez mes effets le matin et je sortirai. Ou demandez-la dimanche. Je voudrais bien aussi un carnet et un crayon et un livre pour lire et écrire. Je vous souhaite une bonne santé et vous embrasse de tout cœur.

Votre fils,

Achille G....

Bicêtre, le 26 juillet 1884.

Chers parents, le médecin ne voyant rien à faire qu'à me faire prendre des douches, je crois qu'il est inutile que je reste ici. Il parait que j'ai de l'argent ici. Alors je préfère aller à la campagne, plutôt que de rester ici, mal nourri, mal vêtu et embêté

par tous ces gens là. Quand vous viendrez faites-moi sortir, je n'ai pas besoin de rester ici. Je n'y ai rien à faire.

Veuillez agréer, mes sentiments dévoués,

Achille G....

Je vous attends dimanche. Je voudrais bien vous parler.

Le même jour il adresse la lettre impérative suivante au commissaire de police :

Monsieur le Commissaire de Police,

Je vous prescris de me faire savoir dans le plus bref délai, si vous avez en dépôt une somme d'argent au nom de Gaug.... Achille, âgé de 23 ans, né le 12 mai 1861, à Saint-Layer, que je vous avais donnée le 15 mai dernier, ou qui vous aurait été transmise par M. le commissaire d'Argentan (Orne). C'est moi qui avais porté une plainte dernièrement. Je suis maintenant résidant à Bicêtre, à l'hôpital.

Veuillez agréer, mes remerciements et recevoir l'assurance de ma considération.

Achille Gau....

Je vous prierai, de la faire remettre à Bicêtre, le plus tôt possible à moi-même. Les frais seront à ma charge en mandat-poste.

A. G.

1er *août*. Même état. On lui a mis le manchon tous les soirs. Sa chemise n'est plus tachée, non plus que ses draps. Il dort fort bien, contrairement à ce qu'il prétend. Il réclame toujours son argent. Les 1,500 fr. se réduisent ce matin à 200 fr. — Il prétend que c'est de l'argent envoyé à son oncle d'Argentan pour lui, et il prend un air narquois quand on l'interroge sur ce point. Il n'a pas commis de violences ni eu d'accès de colère. Sa tenue est assez bonne. Il travaille assez bien à l'école et à l'atelier de tailleur.

16 *août*. Le dimanche 3 août ses parents sont venus le voir. Il les a appelés ânes, et s'est plaint de la maison, de la nourriture, du médecin. Le 10 août ses parents sont revenus. Il leur a reproché de ne pas le faire sortir alors que lui leur avait fait gagner plus de 3,000 fr. Le 16 août sa mère étant venue le voir, il arrive, se laisse embrasser par elle mais l'embrasse à peine, et paraît peu touché de sa venue.

Il n'a plus écrit de lettres depuis le 26 juillet. Il est assez obéissant à l'école et à l'atelier. Interrogé sur ses habitudes

d'onanisme, il nie énergiquement. — Mais sa chemise qu'il a depuis le 10, est maculée de nombreuses taches de sperme. — Il dit qu'on lui a retiré le manchon depuis quatre ou cinq jours, quoique aucun ordre n'ait été donné à cet égard.

15 *septembre.* Le 13 septembre G... escalade une fenêtre du gymnase à 2 heures de l'après midi et se dirige sur Paris, avec neuf sous en poche. Il arrive au Palais-Royal et achète pour cinq sous de jambon et quatre sous de pain. Il marche toute la nuit sans parler à personne, dit-il. Le lendemain il reprend le chemin de Bicêtre et rentre par la grande porte. Il dit s'être évadé parce qu'il avait besoin d'air, ayant été privé de promenade le matin.

6 *novembre.* Depuis 10 jours, il refuse d'aller travailler à l'atelier de tailleur. — Quand son père lui parle de ses anciennes idées, il détourne la conversation d'un air ironique. Quant à l'onanisme, malgré ses dénégations, on trouve encore de nombreuses taches sur sa chemise. On continue, mais en vain, à lui mettre le manchon.

1885. 15 *janvier.* Examiné au point de vue de la *puberté*, on constate : des moustaches naissantes et quelques poils rares au menton et à la partie supérieure des joues. — Poils noirs, frisés, très abondants au pénil. Verge longue, grosse, assez fortement inclinée à gauche. Prépuce un peu allongé, gland découvrable, méat sensiblement porté en arrière. Bourses pendantes, plus à gauche qu'à droite. Testicules égaux, de la grosseur d'une noix moyenne. Onanisme reconnaissable à des taches de sperme sur la chemise. Le malade nie cependant qu'il se masturbe. Il ne sait qui a fait ces taches, ne sait pas d'où ça vient. Il ne subit plus l'incorporation cependant, et consent maintenant plus facilement à voir son père et sa mère et les reçoit bien. Il embrasse sa mère, ce qu'il ne voulait pas faire auparavant.

Son sommeil est bon, et G... assure que personne ne vient le tourmenter la nuit. Il travaille bien à l'école, mais de temps en temps demande à cesser son travail parce que ça le fatigue et qu'il a besoin de changer d'exercices intellectuels. — Il dit maintenant qu'il n'a pas d'argent, et prétend ne pas se rappeler qu'il en a réclamé. Si on le contrarie il devient rapidement violent. — Il a toujours l'air pensif et

préoccupé, la tête penchée sur la poitrine. Il n'est pas communicatif, ne joue pas avec les autres, et le soir demande de monter à l'infirmerie sous prétexte que le gaz lui fait mal, mais c'est plutôt, pense-t-on, pour éviter de rester en compagnie de ses camarades.— Comme traitement il continue les douches.

26 *mars*. Hier, au moment du dîner, un infirmier ayant voulu lui faire une observation alors qu'il était très bruyant et se disputait avec son voisin, reçut de lui un coup de poing sur l'œil gauche, assez violent pour produire une large ecchymose sur la paupière inférieure.

31 *octobre*. Depuis une quinzaine de jours, après avoir présenté de l'amélioration, il est redevenu excité. Il jette des cailloux aux petits enfants, jamais aux grands ; marche à grands pas dans la cour, s'arrête parfois tout d'un coup en riant aux éclats, et il chante à tue-tête d'une voix perçante. Pas d'injures, pas de violences. Cependant il continue à travailler à l'école et à l'atelier.

Dimanche dernier 25, sa mère est venue le voir. Elle lui avait promis de lui apporter une casquette. Comme elle ne la lui apportait pas, il s'est mis en colère, est devenu d'une pâleur extrême, disant : « Je veux ma casquette tout de suite, » et levait le bras comme pour atteindre sa mère. L'infirmier s'étant approché, il lui dit : « Je suis quelque chose ici, je suis maître, je veux qu'on exécute mes ordres : on ne m'empêchera pas de faire ce que je veux ; vous seriez 200 que je vous tuerais tous. » Sa mère partit, et il retourna seul au gymnase. Au bout d'une demi-heure, il le quitta brusquement et courut au bureau du surveillant pour avoir sa casquette. L'infirmier ayant voulu l'arrêter, il lui donna un coup dans le ventre. Une fois qu'il eut fait sa commission au surveillant, il lui dit : « Vous, vous aurez votre affaire, je vous tirerai un coup de revolver. » Il est ensuite remonté à l'infirmerie et s'est calmé. Depuis ce temps, il a été calme et a bien travaillé à l'école et à l'atelier. Mais il dit ne plus vouloir être tailleur, mais serrurier, et qu'il ne veut plus rester ici et retourner à Sainte-Anne.

3 *novembre*. Il refuse d'aller travailler à l'atelier de couture parce que ça lui fait mal aux doigts. Quoiqu'il ne soit pas excité, il dit parfois que « si on l'embête il *mettra le feu*. » D'autre part, le surveillant affirme qu'il aide très

bien à faire toutes les corvées « avec une activité dévorante. » On pense qu'il n'y a plus d'onanisme, et G... affirme ne plus voir sa mère la nuit.

Les notes de l'école de cette époque constatent qu'il fait bien seulement ce qui lui convient, mais qu'il n'aime pas suivre la règle commune et que dans tous ses actes se révèle l'orgueil de son caractère. A la moindre contrariété, il s'emporte violemment. — A l'atelier de couture, depuis à peu près deux mois, il ne fait plus grand chose ; il gâche aujourd'hui le travail qu'il faisait très bien il y a quelque temps. Il n'y a plus moyen de rien lui montrer, il quitte sans cesse l'atelier. Le chef lui ayant fait une fois une remontrance, il a été insolent envers lui et l'a même menacé. Celui-ci déclare qu'il ne peut plus rien faire de lui.

En récréation, il ne joue pas avec les autres : il aime à se promener seul en chantant à pleine voix, en sifflant ou en riant. Parfois, il interrompt tout à coup sa promenade, regarde dans le lointain et se met à courir. Il est extrêmement soigneux et même minutieux de sa personne.

12 *novembre*. Sa mère est venue le voir dimanche dernier. Il ne lui a plus parlé d'incorporation.

28 *novembre*. Hier il s'est *évadé* en profitant d'une porte ouverte le long du chemin de ronde où travaillaient des maçons, en se servant de l'échafaudage. Un gamin du pays l'ayant vu sauter, l'a suivi jusqu'à Montrouge et l'a signalé au premier sergent de ville qu'il a rencontré. Réintégré à Bicêtre, il n'est pas retourné à l'atelier et s'occupe à faire toutes les corvées dans le service. — On constate de nouveau des taches de sperme nombreuses sur sa chemise, quoiqu'il prétende ne pas se toucher. — Il passe aux adultes, en raison de son âge et de son développement physique.

1886. 29 *mars*. Il a encore essayé de s'*évader* il y a deux jours, mais on l'a rattrapé à une petite distance de l'hospice. Il s'est laissé ramener sans difficulté, disant qu'il voulait aller voir sa mère, qu'il s'ennuyait à Bicêtre. Il se promène seul, *mélancoliquement*. Dans d'autres moments, il présente une légère *excitation*, parle seul, gesticule, s'agenouille, embrasse la terre et prie. Il cause sans suite avec les infirmiers. — Quand on lui demande s'il y a encore des incorporations, il rit et dit que non. — Il travaille de

nouveau à l'atelier de couture où il se montre assez assidu ainsi qu'à l'école. Il paraît qu'il y a trois mois il aurait fait des propositions de *pédérastie* passive à un autre malade. Il affirme ne s'être jamais livré à cela dehors.

20 *avril*. On le surprend au moment où il escaladait la grille pour se sauver.

2 *juillet*. Il ne cherche plus à se sauver, mais il aime toujours à rester seul et ne joue pas avec les autres. — Son sommeil est bon, dit-il. — Il n'aurait plus de visions ni d'incorporations. *Traitement* : continuer l'hydrothérapie.

1887. 4 *janvier*. Il est allé huit jours en congé, pendant lesquels il s'est bien comporté. Ses parents le trouvent beaucoup mieux. Ils ont remarqué qu'il n'avait *pas de mémoire* comme autrefois et qu'il *riait* encore beaucoup. Il paraît moins sombre, moins sournois, et travaille bien. — Il prétend ne plus se rappeler ses anciennes idées délirantes et ne plus avoir d'hallucinations. — Il n'a pas non plus d'idées de persécution.

21 *avril*. Le malade a été renvoyé comme guéri par M. Féré, qui a pris possession du service des adultes le 1er février. Il paraît que ses parents refusaient de le recevoir, et qu'il a fallu l'intervention du commissaire de police.

I. — Nous n'avons à relever dans l'histoire de la famille que la mort d'une sœur du malade, par le fait d'une *méningite* accompagnée de convulsions.

II. — Jusqu'à 15 ans, le malade n'avait rien présenté de particulier, sauf des colères de temps en temps, un amour-propre exagéré, une irritabilité de caractère et des tendances à la tristesse. A cette époque, il se livra à l'*onanisme*. D'actif, il devint paresseux. Sa tenue, soignée auparavant, devint négligée. Peu après, il fut pris d'accès de rires la nuit et le jour. Son sommeil était agité. Ses mauvaises habitudes, ses accès de rire, sa nonchalance au travail et même son refus de travailler, le firent renvoyer par son patron. A la suite d'une accusation d'indélicatesse, qui ne paraît pas justi-

fiée, son caractère, déjà peu enjoué, s'assombrit davantage (septembre 1883). Après une amélioration éphémère, la situation s'aggrava. Il se livra à des excentricités et fut pris d'*idées de persécution;* il proféra des injures à l'adresse de ses parents, chercha à étrangler sa mère, la menaça de coups de couteau, l'accusa d'être « une exploiteuse de la nature. » C'est alors que survinrent les *idées d'incorporation* qui le poussèrent à se sauver de chez ses parents, afin d'échapper à des rapports imaginaires avec sa mère. Nous devons relever aussi les périodes d'excitation, dont la plus violente semble s'être produite à l'Asile clinique. Durant son séjour à Bicêtre, elles ont été assez légères. Ce qui dominait chez lui, c'était la dépression mélancolique, avec idée de persécution, hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, et surtout les illusions génitales. Les idées de persécution ont duré longtemps chez lui et ont été même assez nettement systématisées durant quelque temps.

III. — Chez Gaug...., les *illusions génitales* étaient désagréables et se rattachaient à ses idées de persécution ; c'est là un phénomène qu'on observe parfois dans cette forme d'aliénation mentale. Mais, le plus souvent, c'est à titre de complication — délire érotique — plutôt que de véritable symptôme : les malades s'imaginent que des amants spirituels (Jésus-Christ, le Saint-Esprit, etc.) ou d'anciens amants ou des hommes qu'elles ont vivement désirés sans jamais les posséder, viennent la nuit habiter avec elles. Les idées d'incorporation, chez Gaug..., sont comparables à celles qu'éprouvaient les succubes d'autrefois. Notre malade a déclaré qu'il lui était impossible de se lever pour échapper aux prétendus rapports que sa mère avait avec lui. Semblable au mari d'une sorcière dont parle Boguet (1), « il estoit entrappé par les jambes et ne pouvoit pas crier. »

(1) *Discours exécrable des Sorciers*, etc., 1606, ch. XVII.

Les malades atteints de délire religieux systématisé ont souvent un délire érotique. Elles sont d'abord animées d'un amour mystique pour Jésus, pour le Saint-Esprit, etc.; bientôt ces idées s'accompagnent de sensations physiques. Elles s'imaginent avoir des rapports sexuels avec Jésus, être enceintes des œuvres de leurs amants divins. Tout le monde sait que, quand ces malades ont une certaine instruction, leur langage et leurs écrits expriment leurs idées délirantes dans les termes les plus ardents et les plus voluptueux. Les mémoires de sainte Thérèse, ceux qu'on attribue à Madeleine-Marie Alacoque en fournissent entre autres une éclatante démonstration. On trouve ces mêmes désordres intellectuels, ces mêmes sensations physiques chez les hystériques, avec lesquelles les mystiques ont une ressemblance si prononcée, quand ce n'est pas une identité complète. Elles diffèrent de ce que nous avons observé chez notre malade en ce sens que le délire produit en général des sensations agréables. Cependant, chez certaines hystériques, il en est de même que chez Gaug... : telles sont celles qui s'imaginent être possédées de nouveau par les individus qui ont tenté de les avoir par la violence (1). Il en est aujourd'hui ainsi chez l'une des hystériques les plus célèbres de la Salpêtrière, Geneviève X***, dont nous avons publié autrefois la très intéressante histoire dans l'*Iconographie* (tome I, 1876, p. 49, tome II, 1878, p. 202). C'est en 1875 qu'elle a commencé à avoir des rapports imaginaires avec M. X***. Pendant plusieurs années, elle était heureuse de ces visites nocturnes. Il n'en est plus de même depuis deux ou trois ans, et souvent elle ne cède à son incube qu'à la suite de menaces ou de violences. Nous profitons de l'occasion pour dire que cette hystérique, âgée maintenant de 46 ans, et que nous n'avons cessé de suivre depuis sa sortie de la Salpêtrière, est toujours réglée et

(1) Voir *Iconog. phot. de la Salpêtrière,* t. I, p. 125; t. II, p. 99.

que ses attaques ont une tendance à devenir plus rares.

IV. — Pour en revenir à Gaug..., nous dirons que s'il fallait caractériser sa situation par un mot, il faudrait le considérer comme ayant été atteint de *mélancolie* et, pour préciser encore davantage, de la *mélancolie des onanistes*, décrite par les auteurs allemands. Notre malade n'est ni un dégénéré héréditaire, ni un dégénéré simple, et c'est encore un motif qui nous fait rattacher son aliénation mentale aux psycho-névroses proprement dites, à la mélancolie, plutôt qu'à un délire systématisé de persécution. Si nous ajoutons enfin que l'amélioration s'est accusée de plus en plus à mesure que, sous l'influence des douches, et grâce à une surveillance attentive, les pratiques onanistes diminuaient, on estimera que notre diagnostic est justifié.

THÈSE DE 1887.

SOLLIER (Alice). — *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.* Thèse de Paris.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1887.

DEUXIÈME PARTIE

Clinique.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES 71.

